



Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Estudo de Avaliabilidade

Análise de Contexto e Lógica do Projecto Europeu “ Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre Homens que têm Sexo com Homens – SIALON II”

Estudo de caso na Região de Lisboa e Península de Setúbal

Cátia Filipa da Cruz Alves

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE E
DESENVOLVIMENTO**

OUTUBRO, 2013



Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Estudo de Avaliabilidade

Análise de Contexto e Lógica do Projecto Europeu “ Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre Homens que têm Sexo com Homens – SIALON II”

Estudo de caso na Região de Lisboa e Península de Setúbal

Autor: Cátia Filipa da Cruz Alves

Orientadora: Professora Doutora Sónia Dias

Coorientadora: Professora Doutora Zulmira Hartz

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre em Saúde e Desenvolvimento

Agradecimentos

Quero agradecer à Professora Doutora Sónia Dias pelo desafio que me propôs em elaborar a tese de mestrado na área da avaliação de intervenções em saúde e pela ajuda que me deu durante o seu processo de elaboração e à Professora Doutora Zulmira Hartz por ter aceite coorientar este trabalho e por todo o conhecimento partilhado.

Um enorme muito obrigada aos meus pais e ao Jorge por todo o apoio, força, paciência, amor e compreensão que me foram dando ao longo de toda esta caminhada que se iniciou em Outubro de 2011. Aproveito também para pedir desculpa por todas as vezes em que estive ausente.

Um muito obrigada à Inês Rodrigues pela amizade, ajuda e pelas palavras de conforto e optimismo que me foi dando durante todo o processo de elaboração desta tese.

Muito obrigada à Sandra e à Sara pela contribuição preciosa que deram a este trabalho.

Obrigada às colegas da turma do VI Mestrado em Saúde e Desenvolvimento por todos os momentos de partilha, paciência, amizade e companheirismo que foram demonstrando durante todo o percurso deste mestrado.

Por fim, agradeço aos membros do GAT e do CheckPointLx por todo o conhecimento e experiência transmitidos, pelo trabalho que desenvolvem diariamente com as populações de difícil acesso no âmbito do VIH/Sida e por toda a simpatia e disponibilidade para participarem neste trabalho.

Apesar de me ter deparado com algumas dificuldades no decorrer da elaboração deste trabalho que me fizeram questionar a minha capacidade para o terminar, felizmente, tive sempre a meu lado as pessoas certas que nunca deixaram de acreditar em mim.

Resumo

A avaliação de projectos na área do VIH permite gerar informação pertinente para que os gestores consigam adaptar as intervenções ao tipo de população-alvo. Organizações internacionais como a ONUSIDA e a OMS têm trabalhado na elaboração de documentos de referência que orientem os processos de avaliação, mas continua a existir escassez de estudos sobre os efeitos e impacto das intervenções no âmbito do VIH. À semelhança de muitos países europeus, em Portugal tem-se registado um aumento da proporção de casos de infecção pelo VIH na comunidade de HSH. Este panorama alerta para a necessidade de se investir na intervenção, nomeadamente no acesso à informação, à prevenção da doença e ao acesso aos cuidados de saúde.

O presente trabalho teve como principal objectivo realizar um estudo de avaliabilidade do projecto europeu “Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre Homens que têm Sexo com Homens – SIALON II”.

Para a elaboração deste estudo recorreu-se a uma abordagem de estudo de caso, uma vez que é o tipo de estudo mais indicado na pesquisa qualitativa para a elaboração de avaliações em saúde. A recolha de dados para a realização da análise de contexto, construção do modelo lógico do projecto e respectiva validação foi feita através da análise de dados secundários recolhidos na fase de pesquisa formativa do projecto, de análise documental e da realização de entrevistas a informadores-chave.

Da análise de contexto foi possível verificar que as associações da comunidade local têm tido um papel activo na participação em projectos que proporcionaram, nos últimos anos, a recolha de dados bio-comportamentais e na organização de campanhas de prevenção junto da comunidade HSH. A par do contexto legislativo nacional alguns estudos desenvolvidos na temática da discriminação e estigma indicam que ainda existem problemas desta índole contra a comunidade LGBT em Portugal. A construção do modelo lógico e a respectiva validação junto de informadores-chave representou a coerência lógica entre os recursos, as actividades, os produtos e os resultados intermédios e finais do projecto europeu. Os recursos financeiros são escassos e apesar da sobrecarga de trabalho os recursos humanos encontram-se motivados. O ponto forte do projecto é a oportunidade de se conhecer melhor a população HSH, enquanto as fragilidades passam pela questão do financiamento e dos problemas de estigma e preconceito face à homossexualidade e ao VIH.

O principal factor do contexto apresentado que podia influenciar a implementação do projecto na área de estudo foi a questão da mentalidade e da pouca abertura por parte da comunidade em falar da sua saúde sexual. Com a implementação do projecto espera-se que a população HSH se sinta sensibilizada para esta problemática e que o teste ao VIH comece a fazer parte de uma rotina de controlo e acompanhamento regular.

Recomenda-se o estudo da não aceitação em participar no projecto por parte dos proprietários dos locais de encontro gay; a introdução de avaliação contínua no ciclo de vida dos projectos; a promoção do envolvimento da comunidade na avaliação de impacto das intervenções em saúde; e a reavaliação da alocação de recursos para a sustentabilidade da participação das organizações da comunidade nos projectos.

Palavras-chave: VIH, Estudo de avaliabilidade, Análise de Contexto, Análise Lógica, Modelo Lógico.

Abstract

The evaluation of projects about HIV allows to generate interesting information so that the managers can adapt their interventions to the target audience. International organizations like UNAIDS and WHO have been working in the preparation of reference documents that guide the evaluation processes, but there's still shortage of studies about the effects and the impact of these interventions on the scope of HIV. As happens in many European countries, in Portugal we verified an increase of the proportion of HIV cases of infection in the MSM community. This finding alert to the need of investing in intervention, namely in the information access, prevention of the disease and the access to health care.

This study had, as primary objective, perform an evaluability assessment of the european project "Capacity building in combining targeted prevention with meaningful HIV surveillance among men who have sex with men - SIALON II".

To execute this work, have been done an approach of case study, once that this is the type of study more indicated in the qualitative research for health evaluations. Data collection for the context's analysis, the construction and validation of the logic model of the project was done from analysis of secondary data collected in the phase of formative research of the project, analysis of documents related to the planning phase and through the implementation of semidirective interviews among key-informers

From the context analysis was possible to verify that the associations of the local community have had an active role in the participation in projects that provided, in the last years, the collection of bio-behavioral data, and the organization of prevention campaigns among the MSM community. Up to the national normative context some studies developed on the theme of discrimination and stigma show that there still are these kind of situations against the LGBT community in Portugal. The construction of the logical model and its validation among key-informers represented the logical coherence between the resources, the activities, the products and the intermediary and final results of the european project. The financial resources are scarce and, despite the work overload, the human resources are motivated. The strongest aspect of the project is the opportunity of knowing better the MSMn population, while his major weaknesses are related with financing issues and the problems of stigma and prejudice about homosexuality and HIV.

One of the most relevant factors that could influence the implementation of the project in the study area was the mentality issue and the constraints of the community of talking about his sexual health. With the project's implementation is hoped that the MSM population feels sensitized to this matters and that the HIV test starts to be a routine of control and regular accompaniment.

It is recommended the study of the non acceptance of the owners of gay date places in participate in the project, the introduction of continuous assessment on the life cycle of the projects; the promotion of community involvement in the evaluation of the impact of the health interventions and the re-evaluation of the resources allocation to the sustainability of the participation from community organizations in the projects.

Key words: HIV, Evaluability Assessment, Context Analysis, Logic Analysis, Logic Model.

Índice

1. Introdução	1
1.1. Avaliação de intervenções em saúde	3
1.1.1. Definição e componentes das intervenções em saúde	3
1.1.2. Conceito e tipologias de avaliação	4
1.2. A avaliação de intervenções no âmbito do VIH/Sida	8
1.3. Projecto europeu “Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre Homens que têm Sexo com Homens – SIALON II”	13
1.4. VIH/SIDA em HSH em Portugal	16
2. Objectivos	20
3. Material e métodos	21
3.1. Desenho de estudo	21
3.2. Abordagem do estudo de caso	23
3.3. Recolha de dados	24
3.3.1. Análise documental	24
3.3.2. Entrevista	25
3.4. Considerações éticas e legais	28
4. Resultados	30
4.1. Análise de contexto	30
4.1.1. Descrição do contexto	31
4.2. Análise lógica	39
4.2.1. Construção do modelo lógico para o projecto	40
4.2.2. Validação do modelo lógico	48
4.3. Articulação entre o contexto e a lógica do projecto	54
5. Discussão e Conclusões	61
6. Referências bibliográficas	68
7. Anexos	74
Anexo 1 – Grelha de registo e análise de documentos	74
Anexo 2 – Termo de Consentimento Informado	75
Anexo 3 – Guiões de entrevista	76
Anexo 4 – Categorias de análise das entrevistas	79
Anexo 5 – Modelo lógico por componentes	80

Índice de figuras

Figura 1 – Componentes da intervenção	4
Figura 2 – Modelo lógico para avaliação de intervenções em VIH/Sida	10
Figura 3 – Esquema de monitorização e avaliação de intervenções em VIH/Sida	12
Figura 4 – O contexto como componente da intervenção	30
Figura 5 – Componentes da intervenção – Análise Lógica	40
Figura 6 – Componentes da intervenção – Análise de Implantação	54

Índice de gráficos e quadros

Gráfico 1 – Percentagem de casos de VIH, por modo de transmissão	18
Quadro 1 – Indicadores UNGASS	16
Quadro 2 – Distribuição da população por grandes grupos etários	31
Quadro 3 – Elementos do modelo lógico do projecto	41
Quadro 4 – Modelo lógico do projecto	45
Quadro 5 – Intervenientes no projecto entrevistados	48

Lista de siglas e acrónimos

CCE – Comissão das Comunidades Europeias

CE – Comissão Europeia

CDC – Centro para a Prevenção e Controlo da Doença

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

EMIS – Projecto Men who have Sex with Men Internet Survey

GAT – Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA Pedro Santos

HSH – Homens que têm sexo com homens

IHMT – Instituto de Higiene e Medicina Tropical

ILGA Portugal – Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge

ISCTE - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

ISPUP – Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgéneros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não Governamental

ONUSIDA - Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA

RDS – Respondent Driven Sampling

SIALON II – Projecto de Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre Homens que têm Sexo com Homens

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TLS – Time Location Sampling

UE – União Europeia

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNGASS - United Nations General Assembly Twenty-sixth Special Session

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

“Existem tratamentos eficazes para o VIH/SIDA, mas não há cura. Intensificar a prevenção é, por conseguinte, a chave para combater o VIH/SIDA, negligenciá-la é um desperdício de vidas e de recursos.”

(Comissão das Comunidades Europeias, 2009)

1. Introdução

Com base nos dados que têm vindo a ser publicados anualmente pelo Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge (INSA) em forma de relatório anual sobre a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), em Portugal, o facto é que se tem vindo a verificar uma tendência crescente do número de novas infecções em homens que têm sexo com homens (HSH).

Recentemente foi publicado um estudo relacionado com a caracterização dos casos notificados de VIH e SIDA na população HSH que alertou para a necessidade de se começar a intervir estrategicamente nesta problemática uma vez que o número de novas infecções tem aumentado, principalmente em indivíduos jovens, de nacionalidade portuguesa e residentes nos distritos de Lisboa, Porto e Setúbal (Martins, 2013).

A par desta caracterização dos casos de infecção notificados, é um facto que ainda existe escassez de informação relativamente à caracterização desta população ao nível dos seus conhecimentos, práticas, atitudes, comportamentos sexuais e acesso aos serviços de saúde. Informação esta que deve ser recolhida e analisada, uma vez que é essencial para a definição de estratégias de prevenção adequadas ao tipo de população-alvo.

Tendo em conta que as intervenções surgem dos problemas de saúde da população na tentativa de os minimizar ou resolver, torna-se pertinente recorrer a estudos de avaliação para estudar e conhecer como e até que ponto é que os objectivos das intervenções vão ao encontro das reais necessidades de saúde da população, de que forma é que estes podem ser alcançados e qual o impacto que têm junto da população-alvo. A informação recolhida nos processos avaliativos poderá ser útil para reforçar e justificar a tomada de decisão, por exemplo, ao nível da alocação de recursos.

Dado que foi lançado o desafio de desenvolver a tese de mestrado dentro da área da avaliação de intervenções em saúde, a opção passou por beneficiar da oportunidade de desenvolver um estudo de avaliabilidade do projecto europeu “Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre homens que têm sexo com homens –

SIALON II¹” que se encontra em fase de implementação em Portugal mais concretamente na região de Lisboa e Península de Setúbal.

Uma das motivações para a realização deste estudo foi o facto de que estudos realizados pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA) tem comprovado que existe escassez de informação relativamente às avaliações das intervenções no âmbito do VIH/SIDA, principalmente junto das populações mais vulneráveis (UNAIDS, 2008a).

Assim, o presente trabalho tem como principal objectivo realizar um estudo de avaliabilidade do projecto europeu “Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre homens que têm sexo com homens – SIALON II”, no contexto nacional mais especificamente na região de Lisboa e Península de Setúbal, área onde está a ser implementado. Com este propósito procedeu-se à realização de uma análise contextual, à construção do modelo lógico do projecto e à sua validação junto de informadores-chave.

O presente trabalho, no primeiro capítulo começa por apresentar uma abordagem sobre o conceito e tipologias de avaliação e faz referências às recomendações que têm sido deixadas na área da avaliação de intervenções no âmbito do VIH/SIDA. O enquadramento teórico finaliza o com os pressupostos teóricos da apresentação do projecto europeu que serve de objecto ao estudo e com um panorama da problemática do VIH/SIDA nos HSH em Portugal.

No segundo capítulo é apresentado o objectivo geral e os objectivos específicos do estudo, seguindo-se para o terceiro capítulo onde são apresentados os materiais e métodos seleccionados para a concretização deste trabalho. Os resultados são apresentados no capítulo quatro e no capítulo cinco é apresentada a discussão dos resultados e evidenciadas as principais conclusões do estudo, deixando algumas recomendações para investigações futuras na área da avaliação de intervenções em saúde.

¹ Palavra grega que significa “saliva”. Uma das principais actividades para a vigilância de VIH/ISTs entre os homens que têm sexo com homens (HSH), no âmbito do projecto europeu, é a recolha de amostras de fluido oral – saliva – como método não-invasivo.

1.1. Avaliação de intervenções em saúde

O panorama de crise global sente-se cada vez mais na escassez de recursos, défices orçamentais, diminuição do financiamento para as áreas da saúde, educação, acção social, entre outras. Neste âmbito e com frequência, os gestores confrontam-se com o desafio de terem de decidir e priorizar qual(ais) do(s) seu(s) projecto(s) podem encerrar para conseguir alocar os escassos recursos para outro (Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 1997).

Dado que a componente económica dos projectos tende a ser a mais atingida num contexto de crise, a avaliação adquire um papel central, por criar a oportunidade de obter informação para aferir o seu nível de eficiência económica tendo em conta as seguintes condições: 1 – Eficiência na alocação de recursos (o valor dos programas); 2 – Eficiência operacional (identificação da melhor maneira de produzir resultados plausíveis) (Thurston e Potvin, 2003).

Ao nível da saúde, a crescente complexidade do perfil epidemiológico dos países com uma larga variedade de necessidades e problemas de saúde, a descentralização das responsabilidades, a incorporação e adaptação de novas tecnologias na saúde, o aumento das expectativas, a exigência de qualidade por parte da população e o controlo dos gastos (Contandriopoulos et al., 2011; Figueiró, Frias e Navarro, 2010) são alguns factores que exigem a inclusão e execução de estudos de avaliação nas intervenções (Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 1997).

A importância da avaliação das intervenções em saúde é relevante por fornecer evidências dos ganhos que a população está a ter ou não com a intervenção e do conhecimento que se vai adquirindo sobre o trabalho que está a ser desenvolvido no terreno (Thurston e Potvin, 2003).

1.1.1. Definição e componentes das intervenções em saúde

Segundo Contandriopoulos et al. (2011), como é possível ver ilustrado na figura 1, uma intervenção em saúde é um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, etc.) organizados num determinado contexto, num dado momento, tendo como

objectivo produzir bens e serviços que permitam modificar o problema de saúde que deu origem ao seu surgimento.

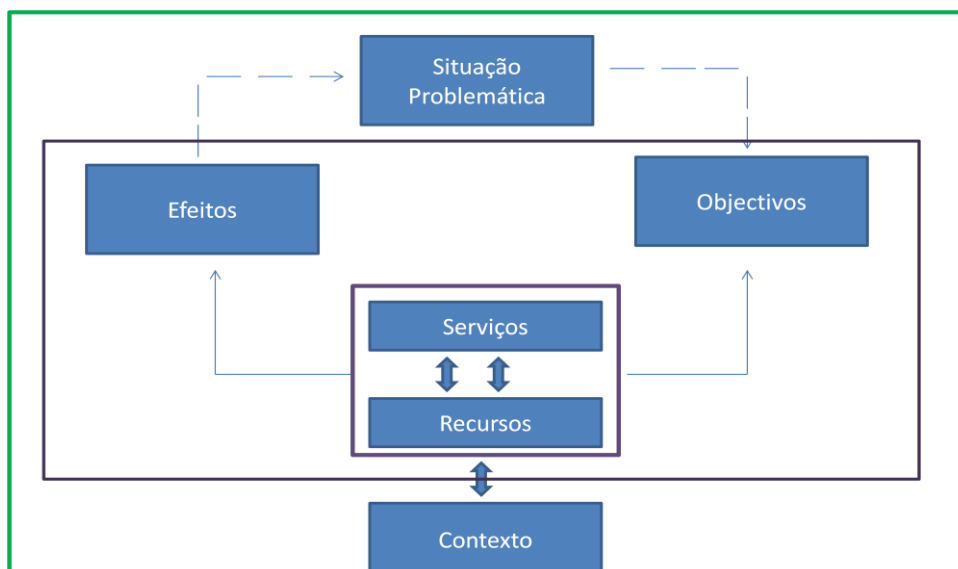


Figura 1 - Componentes da Intervenção
Fonte: Contandriopoulos et al., 2011

1.1.2. Conceito e tipologias da avaliação

Em relação ao conceito de avaliação, segundo Scriven (1967), não é mais do que um julgamento do valor ou mérito de alguma coisa, mas Worthen, Sanders e Fitzpatrick (1997) acrescentam que o valor e o mérito do que está a ser avaliado é possível verificar-se através da identificação, clarificação e aplicação de critérios ao objecto avaliado para determinar a sua qualidade, utilidade, eficácia ou significado.

Rossi, Lipsey e Freeman (1993) são os autores de um dos livros mais conhecidos na área da avaliação. Estes entendem-na como o recurso sistemático aos métodos de investigação das ciências sociais para analisar as intervenções sociais, ajudando a melhorá-las – pesquisa avaliativa.

Valadez e Bamberger (1994) entendem a avaliação como uma actividade de gestão interna ou externa que fornece informação da qual se pode saber se os métodos de implementação de um programa são adequados para atingir objectivos (Bertrand e Solís, 2004) gerais e específicos e também para verificar que tipo de factores afectam o nível de distribuição dos benefícios produzidos.

Numa perspectiva mais simplista de Contandriopoulos et al. (2011), avaliar não é mais do que fazer um julgamento de valor de uma intervenção tendo como principal objectivo ajudar no processo de tomada de decisão. A avaliação é uma actividade inerente ao processo de aprendizagem, uma vez que a tomada de decisão depende da avaliação que se faz relativamente a algo que estamos a viver.

O problema apontado a esta abordagem é que esta cinge-se à dimensão instrumental da acção e não tem em conta os vários âmbitos que podem compor as intervenções (Silva, 2012). O foco da avaliação, segundo Patton (1997), deve estar direccionado para a utilização da intervenção, isto é, a avaliação deve obter informação sobre as características, actividades e resultados do programa para que, posteriormente, se possa fazer um julgamento do programa e, assim, auxiliar o processo de tomada de decisão.

Potvin et al. (2001) entende que a avaliação deve ser vista como uma componente do programa. Esta pode ser encarada como um sistema de *feedback* entre o programa e o seu meio envolvente, com os principais objectivos de gerar informação que facilite a melhoria do programa e produzir conhecimento que permita a elaboração de teorias que ajudem a compreender melhor o problema em que se está a intervir.

Através da avaliação é possível identificar os pontos fortes e fracos do programa (Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 1997) e, por outro lado, a avaliação é um processo a que uma equipa/organização pode recorrer para demonstrar o seu interesse em prestar contas tanto aos seus superiores como à comunidade e entidades que apoiam financeiramente os seus projectos (Bertrand e Solís, 2004) e que permite que os resultados possam ter influência na melhoria das políticas, práticas e decisões nas instituições que são importantes para a sociedade (Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 1997).

Habitualmente, a avaliação desenrola-se em articulação com os académicos, tendo como principal finalidade a possibilidade de estudar o desempenho das intervenções e produzir recomendações para a melhoria da resolução do problema (Carvalho e Novaes, 2004) com uma base de evidência científica que sustente e promova a equidade social através da acção em saúde pública. Com o decorrer do tempo, a avaliação das intervenções no âmbito da saúde pública tem sido vista como

uma prática essencial que deve ser integrada na gestão do dia-a-dia da intervenção (CDC, 1999).

É recorrente os indivíduos/equipas evitarem a avaliação, pois tendem a focar-se mais nos aspectos inerentes à implementação dos projectos. Como ainda não é prática comum incluir-se o processo de avaliação como uma componente dos projectos, este muitas vezes não é visto como sendo uma prioridade, ao contrário do que é escrito por Rugg e Mills (2001) que entendem que o plano de monitorização e avaliação de um programa deve estar “(...) intrinsecamente relacionado com o planeamento e implementação de programas e, idealmente, deve ser colocado em prática desde o início.”

Algumas das razões evocadas para justificar a pouca predisposição para a avaliação são o facto de as equipas pensarem que ao estarem a fazer um bom trabalho o programa está a correr bem; acreditarem que a avaliação é uma “inspecção” ao que está a ser feito; temerem que o trabalho realizado não está a ir ao encontro do esperado; a inexistência de recursos financeiros e materiais e falta de formação e experiência de recursos humanos para levarem a cabo um processo de avaliação (Bertrand e Solís, 2004).

Com base na teoria de Contandriopoulos et al. (2011), a execução de uma avaliação a uma intervenção visa o alcance de quatro tipos de objectivos essenciais, são eles: auxiliar na fase de planeamento da intervenção (objectivo estratégico); conseguir informação pertinente para melhorar a intervenção enquanto esta decorre (objectivo formativo); conseguir informação que fundamente a decisão de manter, alterar ou cessar a intervenção (objectivo somativo); gerar conhecimento para a elaboração de teorias (objectivo fundamental).

Bertrand e Solís (2004) sugerem também que para a realização de uma avaliação de resultados, os avaliadores devem seguir cinco pontos essenciais. São eles: 1) Identificar os objectivos do projecto; 2) Definir o que se quer avaliar; 3) Identificar os indicadores com base no que se quer avaliar; 4) Determinar a fonte de dados para cada indicador; 5) Preparar o plano de avaliação.

O julgamento de valor das intervenções pode ser feito através da realização de dois tipos de estudos avaliativos, são eles: a Avaliação Normativa e a Pesquisa Avaliativa. A avaliação normativa permite fazer um julgamento em relação à estrutura da intervenção, tendo em conta a sua organização e a alocação dos recursos, ao processo que dá origem aos bens e serviços produzidos e aos resultados obtidos (Contandriopoulos et al., 2011).

Por outro lado, a pesquisa avaliativa permite fazer um julgamento da intervenção tendo como base o uso de métodos científicos. Através de um estudo avaliativo é possível analisar a adequação da estratégia de intervenção em relação ao problema que lhe deu origem (análise estratégica); a adequação dos recursos alocados em relação aos objectivos propostos (análise lógica); a relação entre os recursos alocados e os bens e serviços produzidos (análise da produtividade); o efeito dos bens e serviços produzidos no estado de saúde da população (análise de efeito); a relação entre os recursos e os efeitos produzidos (análise de rendimento); a relação entre a intervenção e o seu meio envolvente (análise de implantação) (Contandriopoulos et al., 2011; Figueiró, Frias e Navarro, 2010).

Outro dos factores a ter em conta quando se pretende avaliar uma intervenção em saúde é definir se o processo vai decorrer ao nível da população ou ao nível do programa. A avaliação ao nível da população engloba todos os indivíduos de determinado local com o perfil da população-alvo, independentemente de terem participado ou não na intervenção. A informação conseguida neste âmbito de avaliação visa responder à pergunta “O programa foi eficaz em conseguir a mudança de comportamento na sua população-alvo?” (Bertrand e Solís, 2004).

Já a avaliação ao nível do programa, envolve somente os indivíduos que participaram em alguma das actividades do projecto e a informação recolhida deverá conseguir responder à questão “O programa foi eficaz em conseguir a mudança de comportamento nas pessoas que participaram nas actividades?” (Bertrand e Solís, 2004).

1.2. Avaliação de intervenções no âmbito do VIH/SIDA

Os modelos de avaliação de programas de intervenção em VIH/SIDA não diferem muito dos que foram anteriormente abordados, mas é necessário ter presente que esta doença tem características muito próprias às quais não se pode estar alheio no momento de planear quer as intervenções quer as respectivas avaliações (Rugg et al., 2004).

Rugg et al. (2004) chamam a atenção para as duas características que tornam a avaliação no campo do VIH/SIDA exclusiva. São elas: é uma doença que se iniciou e espalhou rapidamente no seio de determinados grupos de risco e depois para a população em geral; ainda muito trabalho tem que ser feito para descobrir as causas, os padrões de infecção, o tratamento mais eficaz, a cura, o melhor método de prevenção desta doença, implicando assim a necessidade sistemática de revisão dos programas de intervenção.

Tendencialmente, os programas nacionais de VIH/SIDA incluem componentes como a prevenção, tratamento, cuidados e serviços de apoio à população. O esforço para fazer chegar o tratamento ao maior número de pessoas tem sido constante, mas têm existido lacunas na prevenção de novas infecções. Dados disponibilizados pela ONUSIDA indicam que em 2008, cerca de 87% dos países estabeleceram metas para o acesso universal da população infectada aos tratamentos antiretrovíricos e apenas 50% definiu metas para estratégias de prevenção (UNAIDS, 2008a).

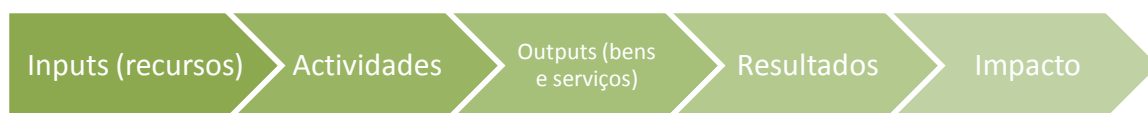
Tanto os comportamentos como a concentração de factores de risco de transmissão do VIH, numa população, acabam por determinar o nível de prioridade de intervenção, mas nem sempre é fácil chegar às populações em que a doença ocorre com uma maior probabilidade de infecção como, por exemplo, as trabalhadoras do sexo, consumidores de drogas injectáveis e homens que têm sexo com homens. Deste modo, torna-se pertinente fazer uma avaliação de contexto ao nível da estrutura (ambiente social, político, económico, etc.), da comunidade (cultura, normas, redes locais, etc.) e até ao nível do indivíduo (comportamentos, atitudes, percepções, etc.) para sustentar o planeamento de intervenções que possam ir ao encontro das necessidades da população (UNAIDS, 2008b).

Um levantamento de informação levado a cabo pela ONUSIDA indicou que, para além da escassez de documentação relativamente às avaliações de programas, as intervenções que decorreram não deram grande atenção às populações em risco, principalmente, às comunidades de homens que têm sexo com homens. Da análise feita aos resultados das avaliações realizadas, concluiu-se que estas focaram-se mais no nível individual do que no impacto que tiveram no contexto em que actuaram (UNAIDS, 2008b).

Apostar na avaliação dos programas de VIH/SIDA poderá ser um recurso para evidenciar a necessidade de intervir em outros sectores como, por exemplo, na prevenção da doença com o objectivo de não só diminuir o número de novas infecções como, consequentemente, diminuir os custos com os tratamentos (World Bank, 2002). A avaliação na área da intervenção em VIH/SIDA poderá disponibilizar informação pertinente para se conhecer melhor a população em risco e ajudar os gestores a definirem intervenções mais eficazes para o combate à doença e melhorar o acesso aos serviços de saúde e tratamentos (UNAIDS, 2008b).

Dadas as lacunas na área da avaliação no campo do VIH/SIDA e da necessidade de melhorar as intervenções, a ONUSIDA promoveu a elaboração de um modelo padrão com os principais Termos de Referência para auxiliar o planeamento da avaliação em projectos de prevenção de VIH/SIDA. É de salientar que este guia foi elaborado por um grupo multidisciplinar de profissionais, incluindo desde gestores do sector público, investigadores, entidades financiadoras até aos técnicos responsáveis pela implementação das intervenções (UNAIDS, 2009).

A ONUSIDA propõe uma estrutura de avaliação de intervenções em VIH/SIDA com base na elaboração do respectivo modelo lógico com o principal objectivo de obter uma ilustração lógica e sequencial da teoria do programa. Resumidamente, o modelo lógico, representado na figura 2, mostra que os recursos (Inputs) alocados para o desenvolvimento das actividades vão, consequentemente, dar origem a bens e/ou serviços. A utilização dos serviços pela população-alvo gera resultados que, posteriormente, espera-se que desencadeiem mudança e tenham impacto quer ao nível do indivíduo, quer ao nível da comunidade e/ou sociedade (UNAIDS, 2009).



Implementação e Processo	Resultados
Entradas: -Fundos; -Recursos disponíveis, serviços, actividades e produtos.	Observa e demonstra as mudanças no comportamento individual, dos agregados, da comunidade e/ou sociedade a curto, médio ou longo prazo.

Figura 2 – Modelo lógico para a avaliação de intervenções em VIH/SIDA
Fonte: UNAIDS, 2009

Para além da avaliação realizada com base na teoria do programa para a construção de um modelo lógico, a ONUSIDA também propõe o planeamento e realização de avaliação de processo, avaliação de resultado e avaliação de impacto (UNAIDS, 2009).

O referencial de monitorização e avaliação de programas de prevenção de VIH para populações de alto risco elaborado pela ONUSIDA, em 2008, apela à dificuldade da recolha de informação para a realização da avaliação devido à vulnerabilidade do tipo de população com que se está a trabalhar. Dado isto, alerta para os aspectos éticos de respeito pelo indivíduo e da sua liberdade de escolha em participar no processo avaliativo (UNAIDS, 2008b).

A estrutura de avaliação proposta pelo referencial da ONUSIDA é, essencialmente, composta por oito fases. A primeira passa por recorrer a sistemas de vigilância epidemiológica e/ou estudos de carácter epidemiológico para conseguir identificar a natureza e a proporção de pessoas infectadas pelo VIH (UNAIDS, 2008b). Desta forma, pretende-se ter um panorama global do problema e aferir que tipo de resposta é que se pode dar para o terminar ou minimizar os seus danos.

Após a identificação do problema, é fundamental conhecer quais os factores que contribuem para o seu aparecimento e determinam o risco de infecção por VIH/SIDA. A realização ou consulta de inquéritos de carácter comportamental, atitudes face ao

VIH, estudos epidemiológicos focados para os factores de risco, entre outras fontes, poderão ser muito úteis para determinar qual a solução mais adequada face às necessidades da população.

Numa terceira fase, propõe-se a pesquisa e/ou realização de estudos de eficácia, ou seja, procura-se a evidência de avaliações a intervenções já decorridas num determinado contexto, para que se consiga perceber o nível de eficácia das mesmas e apoiar a tomada de decisão. Depois de uma análise do que foi feito e está a ser feito até ao momento ao nível da intervenção no âmbito do VIH/SIDA, na quarta fase, as informações até então recolhidas devem ser utilizadas para o planeamento estratégico e definição das intervenções a implementar e da quantidade e tipo de recursos necessários.

Na quinta fase, procura-se avaliar as intervenções ao nível da sua qualidade. Posteriormente, estuda-se se o programa está a ser implementado como previsto e se está a atingir a população-alvo – sexta etapa. Para este controlo é fundamental a criação de um sistema de recolha de informação sistemática.

A sétima e oitava etapas centram-se na análise dos resultados e efeitos do programa. Ao longo de todo o processo vai sendo recolhida informação que, em cada fase, vai orientar a resposta a perguntas de eficácia e aferir se os objectivos a que o programa se propôs a atingir foram alcançados e que efeito(s) é que estes tiveram na população. As informações podem identificar aspectos inesperados em relação à percepção da comunidade face à intervenção e estes podem influenciar os resultados do programa.

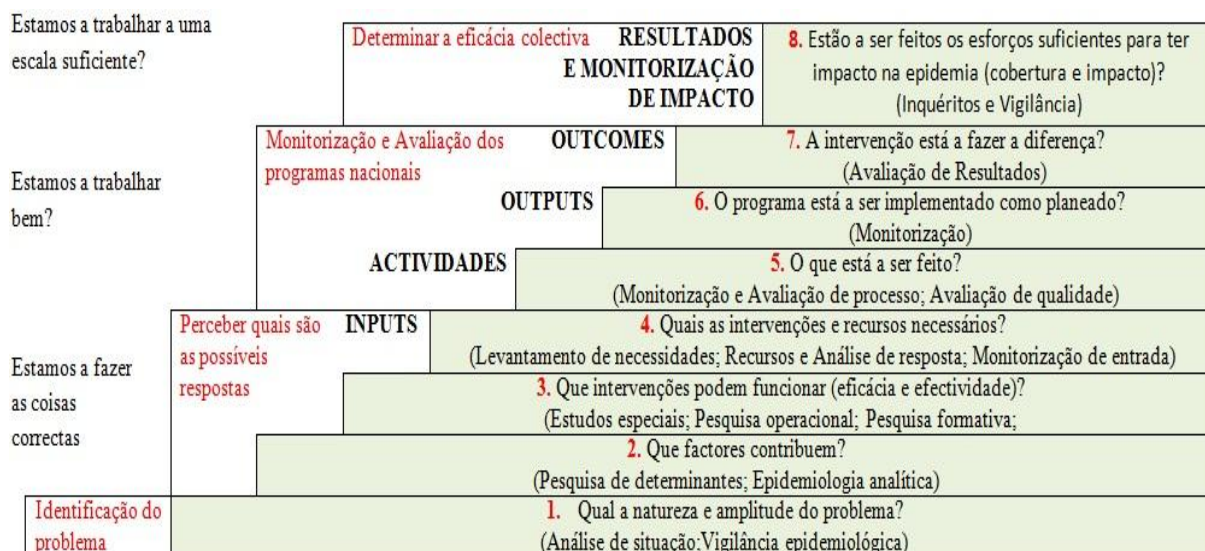


Figura 3 – Esquema de monitorização e avaliação de intervenções em VIH/SIDA
Fonte: UNAIDS, 2008a

A figura 3 ilustra os principais pontos, já referidos, que devem fazer parte do planeamento de um sistema de monitorização e avaliação de programas e a interdependência que existe da resposta a uma fase para continuar a seguinte. Abaixo das questões são sugeridas as fontes e métodos para a obtenção da informação.

Segundo Bertrand e Solís (2004), as avaliações levadas a cabo por Organizações não Governamentais (ONGs) aos projectos de VIH/SIDA nos países em desenvolvimento foram, na sua maioria, avaliações de resultados e poucas são as organizações que realizam avaliações de impacto. Este facto deve-se, principalmente, à falta de financiamento e de recursos humanos com formação e experiência no campo da avaliação de projectos.

Desde 1996, o Programa Global da Organização Mundial de Saúde (OMS) direccionado para o VIH/SIDA foi substituído pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA. Este começou por reflectir sobre o que já se fez na área do VIH/SIDA e houve a necessidade de inserir outro tipo de abordagens como, por exemplo, o desenvolvimento de respostas multisectoriais na definição dos planos nacionais de combate ao VIH/SIDA e a atenção para a avaliação passou a estar mais presente na agenda das organizações.

De 2003 a 2005, a ONUSIDA desenvolveu e promoveu um Sistema de Informação de Resposta, onde é possível registar informação epidemiológica, plano estratégico de combate ao VIH/SIDA, informação orçamental, descrição do programa e dados de execução. Este sistema possibilita a articulação de informação entre os governos nacionais, entidades financiadoras e as organizações responsáveis pela implementação das actividades. Assim, é possível saber o que está a ser feito e onde é que é preciso investir (Rugg et al., 2004).

Apesar dos esforços realizados até então no âmbito da avaliação, a carência de estudos sobre os efeitos das intervenções mantém-se. Entre 1995 e 1998, realizou-se um estudo na Tanzânia, Quênia e Trinidad que mostrou que a intervenção ao nível do aconselhamento sobre o VIH foi mais eficaz para pessoas já infectadas e para as pessoas que receberam aconselhamento em conjunto com o parceiro sexual. Outro estudo realizado no Uganda e na Tanzânia registou, neste último, uma associação entre a diminuição da incidência de VIH e a melhoria da gestão dos casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), enquanto no Uganda não se verificou a mesma associação. Este facto não pode ser conclusivo, pois a diferença dos contextos epidemiológicos, da metodologia de intervenção e da avaliação não possibilitaram uma comparação válida entre as duas intervenções (Rugg et al., 2004).

As avaliações vão sendo feitas em pequena escala e os métodos vão divergindo, por isso, não se consegue chegar a conhecimentos significativos sobre que programas funcionam melhor com determinado tipo de população (Rugg e Mills, 2001). Desta forma, mesmo que as acções de prevenção estejam a decorrer em grande escala, o défice de avaliação dos resultados (ECDC, 2013b) causa a difícil obtenção de indicadores relativos ao que é correcto, ao que está a funcionar e ao que é rentável (Swedish Institute for Communicable Disease Control, 2011).

1.3. Projecto Europeu “ Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre Homens que têm Sexo com Homens – SIALON II” (Objecto de avaliação)

Uma vez que os dados têm demonstrado que o número de casos de VIH e outras ISTs nos HSH tem aumentado e estando perante um problema sério de saúde pública, é neste âmbito que surge o projecto Europeu “Investigação epidemiológica e prevenção

do VIH/ISTs entre Homens que têm Sexo com Homens - SIALON II”. Este complementa actividades de prevenção com a recolha de dados biológicos e comportamentais com recurso a metodologias de vigilância e de teste ao VIH inovadoras, promove o envolvimento das comunidades HSH na perspectiva de as conhecer e pretende conseguir definir estratégias que possam ir ao encontro das suas necessidades de prevenção do VIH e outras ISTs.

O principal objectivo do projecto vai ao encontro das recomendações dadas pela OMS e ONUSIDA em relação à necessidade de se criar um sistema de segunda geração de vigilância bio-comportamental através da combinação de dados biológicos e comportamentais. Dado isto, todo o trabalho foi planeado e desenvolvido para “promover estratégias de intervenção que combinem acções de prevenção com um sistema de vigilância de VIH entre a população de homens que têm sexo com homens”.

Os objectivos específicos do projecto europeu são:

- a) Desenvolver a capacidade de vigilância do VIH e outras ISTs entre a população HSH;
- b) Realizar um inquérito bio-comportamental recorrendo a metodologias de amostragem diferentes;
- c) Desenvolver competências nos métodos laboratoriais de análise de fluido oral;
- d) Desenvolver e implementar campanhas de prevenção com base no levantamento e avaliação de necessidades da população-alvo;
- e) Expandir e manter uma rede Europeia para o desenvolvimento de um quadro comum de análise e comparação de dados bio-comportamentais.

A metodologia e meios utilizados para o alcance dos objectivos passam, numa primeira fase, pela pesquisa formativa para o levantamento e avaliação de necessidades e análise de contexto. Nesta fase foi feito o mapeamento dos locais de encontro e concentração dos indivíduos HSH, o mapeamento dos locais onde se podem realizar testes ao VIH, a descrição da respectiva acessibilidade a estes serviços e das atitudes dos profissionais de saúde face aos HSH.

Tendo em conta que o projecto “Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre Homens que têm Sexo com Homens - SIALON II” foi definido para se

conseguir adaptar ao contexto e realidade de cada país, após a respectiva análise de contexto, em colaboração com as ONGs e associações gay, foram recrutados e formados localmente indivíduos HSH na área da prevenção e procedimentos para a recolha de dados, para que, posteriormente, possam aplicar questionários de carácter bio-comportamental aos seus pares.

A heterogeneidade e dificuldade de acesso à população-alvo vão tentar ser ultrapassadas através do recurso a metodologias de comunicação personalizadas e estratégias de prevenção adequadas às características da população-alvo local. Com isto pretende-se que ao envolver os indivíduos de sexo masculino que tiveram relações sexuais pelo menos uma vez com outro homem nos últimos 12 meses – população-alvo - na implementação do projecto, estes consigam cooperar no sentido de aumentar a possibilidade de alcançar os objectivos do projecto.

Os métodos de amostragem recomendados e adoptados para o projecto para chegar a este tipo de população-alvo, dado que é uma população de difícil acesso, são o *Time-Location Sampling* (TLS) e o *Respondent Driven Sampling* (RDS). No âmbito das actividades inerentes ao projecto, o método de amostragem adoptado por cada país participante será de acordo com o seu contexto.

Os meios adoptados para a recolha de informação sobre as necessidades de prevenção e comportamento são a aplicação de um questionário anónimo e a recolha de amostras biológicas (fluido oral). A necessidade de uniformizar os procedimentos de recolha de dados e análise de amostras leva a que antes da ida para o terreno, tanto inquiridores como técnicos de laboratório tenham de frequentar sessões de formação nas áreas em que vão colaborar.

O questionário anónimo visou obter informação relacionada com as necessidades de prevenção, comportamento sexual, acesso a serviços e comportamentos de risco, nomeadamente consumo de álcool e drogas. Já a colheita de uma amostra biológica, que neste caso foi de fluido oral, serviu para a realização do teste ao VIH.

Através da harmonização dos métodos de recolha de dados pretendeu-se reunir um conjunto de informação epidemiológica e comportamental que possa vir a ser comparável entre as várias comunidades HSH inseridas em diferentes contextos e

também começar a criar uma ampla rede de vigilância de VIH e outras ISTs agregando instituições internacionais, como a ONUSIDA, Organização Mundial de Saúde e European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) às organizações nacionais/locais como, por exemplo, os centros epidemiológicos, laboratórios, universidades, institutos nacionais de saúde e organizações/associações gay.

A utilização de indicadores da United Nations General Assembly Twenty-sixth Special Session (UNGASS) vai ajudar a identificar quais as necessidades de prevenção não satisfeitas, as lacunas existentes nas campanhas de prevenção até então realizadas e providenciar estratégias de intervenção que possam ir ao encontro das necessidades da população estudada. Os indicadores UNGASS apresentados e definidos no quadro 1 que servem de referência para o estudo (Rivett et al., 2010) vão ser calculados e analisados com base nos resultados dos questionários aplicados.

Indicador	Definição
UNGASS 8	HSH que fizeram um teste ao VIH nos últimos 12 meses e que sabem o resultado;
UNGASS 9	HSH que foram abrangidos por programas de prevenção de VIH (HSH que sabem onde se podem dirigir para fazer o teste ao VIH e para receberem preservativos, nos últimos 12 meses);
UNGASS 19	HSH que reportaram o uso de preservativo na última vez que praticaram sexo anal com um parceiro do sexo masculino nos últimos 6 meses;
UNGASS 23	Prevalência de VIH entre HSH.

Quadro 1 – Indicadores UNGASS
Fonte: Rivett *et al.*, 2010

1.4. VIH/SIDA em HSH em Portugal

Ao longo de toda a história da epidemia do VIH/SIDA, comunidade dos homens que têm sexo com homens foi e continua a ser um dos maiores grupos de risco no continente Europeu (Swedish Institute for Communicable Disease Control, 2011), uma vez que dados mais recentes demonstram que do total de casos diagnosticados em 2011, aproximadamente 39% registaram-se em HSH (ECDC, 2012).

Segundo o Relatório Epidemiológico Anual, em 2010, Portugal registou uma das maiores taxas de infecção com 3,3 diagnósticos de VIH por 100 000 habitantes (ECDC,

2013a). À semelhança de outros países europeus, apesar de se ter verificado uma diminuição do número de infecções entre a população toxicodependente, a proporção de casos na comunidade HSH aumentou podendo verificar-se que mesmo com uma alteração do padrão epidemiológico do problema a nível nacional, a transmissão sexual entre HSH continua a ser a terceira categoria de transmissão da infecção (Martins, 2013a).

Em Portugal, uma das principais fontes de informação relacionada com a infecção pelo VIH encontra-se disponível através do Núcleo de Vigilância Laboratorial e Doenças Infecciosas do Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge (INSA) que, sob a forma de um relatório anual, dissemina dados sobre a situação do VIH no país.

Desde 1983, ano em que se começaram a registar casos de infecção pelo VIH em Portugal, até 2012, foram identificados, na população em geral, cerca de 42 580 casos de VIH (INSA, 2013). Actualmente, apesar da prevalência da doença ser inferior a 1% para o total da população, segundo a OMS e a ONUSIDA, a taxa de prevalência é alarmante quando se refere à concentração de casos de infecção em determinados grupos vulneráveis como é o caso dos homens que têm sexo com homens (Mauch, 2009; Ministério da Saúde, 2011).

O gráfico 1 foi construído com base nos últimos dados do Relatório Anual *Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2012*, para indicar graficamente a tendência da infecção do VIH por modo de transmissão no período compreendido entre 2003 e 2012 (anos de diagnóstico).

Da análise ao gráfico 1, pode-se constatar que o número de casos de infecção por VIH transmitidos por consumo de drogas injectáveis tem diminuído desde 2005, mas verifica-se um aumento significativo em 2012. Relativamente ao número de indivíduos infectados por via homossexual/bissexual e heterossexual, houve um forte aumento de 2010 para 2011, dado que em 2010 a percentagem de casos de VIH por via de contacto sexual entre homossexuais/bissexuais era de 11,8% e em 2011 o valor registou uma subida de cerca de 5 pontos percentuais em relação ao ano anterior e de mais de 100% em relação aos valores de 2003.

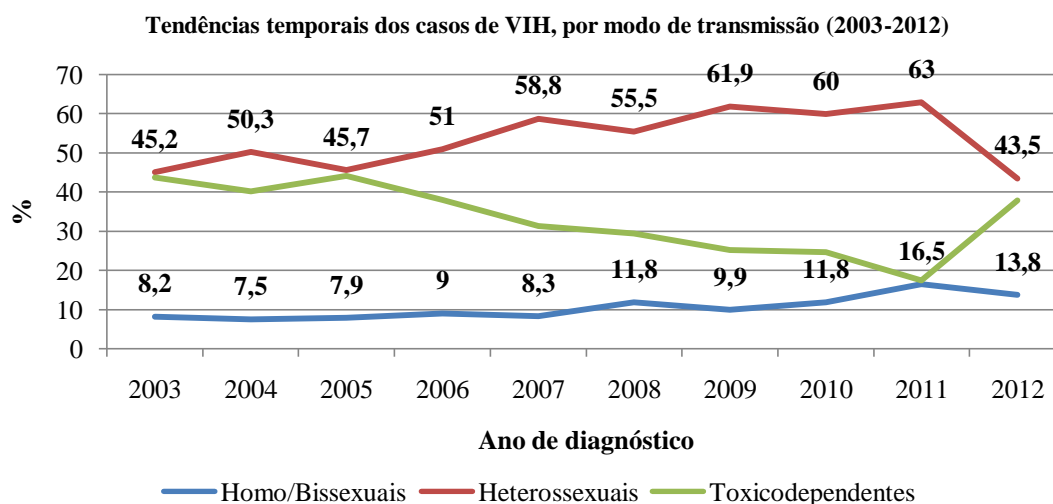


Gráfico 1 – Percentagem de casos de VIH, por modo de transmissão
Fonte: INSA, 2013

Tendo em conta um artigo recentemente publicado que faz a caracterização dos casos notificados, de VIH nos HSH, verifica-se que a par do aumento de casos notificados a idade mediana tem decrescido uma vez que de 1995 a 2005 encontrava-se nos 34 anos e desde então tem-se verificado um ligeiro decréscimo (Martins et al., 2013).

Já em relação à distribuição geográfica dos casos de infeção na população HSH, Lisboa é o distrito onde reside a maioria com 45,4% dos indivíduos no momento do diagnóstico, seguindo-se o distrito do Porto, com 13,7%, e Setúbal conta com 10,7%.

Quanto à nacionalidade dos indivíduos, a grande maioria, aproximadamente 87,6%, é portuguesa e dos estrangeiros que se conhece a nacionalidade, cerca de 69,6% são da América do Sul. Dos 19% de casos diagnosticados no ano de 2011 que são estrangeiros a proporção de sul-americanos encontrava-se nos 87,7%.

A nível nacional existe escassez de informação epidemiológica relativamente à comunidade HSH. Este facto deve-se à dificuldade de acesso a este tipo de população, muito por problemas de estigma e discriminação face ao VIH/SIDA e à homossexualidade que ainda se fazem sentir nas sociedades (Rivett et al., 2010; Ministério da Saúde, 2011). Dado que ainda não existem muitas evidências que permitam fazer uma caracterização da realidade, o planeamento das intervenções torna-se bastante delicado, pois não se conhecem as reais necessidades da população.

Portugal continua a ser um dos países europeus com uma elevada taxa de casos de VIH/SIDA entre homossexuais/bissexuais, realidade comum em tantos outros países, uma vez que o investimento em projectos no âmbito da prevenção do VIH/SIDA na população HSH só se deu no início do século XXI (Swedish Institute for Communicable Disease Control, 2011).

O aumento do número de casos de VIH na população HSH e o escasso investimento em projectos de intervenção junto desta comunidade alertam para a necessidade de reforçar as estratégias de intervenção nesta problemática, principalmente junto dos mais jovens tal como dos imigrantes, ao nível da prevenção, acesso a serviços de saúde adequados e acesso à informação (Martins, 2013).

2. Objectivos

Objectivo Geral

- Realizar um estudo de avaliabilidade do projecto europeu “Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre Homens que têm Sexo com Homens – SIALON II” na região de Lisboa e Península de Setúbal.

Objectivos Específicos

- Realizar uma análise de contexto;
- Construir o modelo lógico do projecto de forma a apresentar a coerência lógica entre as actividades, resultados e objectivos;
- Validar junto de informadores-chave o modelo lógico do projecto.

3. Material e Métodos

A abordagem metodológica em avaliação pode ser definida recorrendo-se a metodologias científicas de várias áreas do conhecimento, nomeadamente, epidemiologia, economia, gestão, entre outras, (Samico, Figueiró e Frias, 2010) para a obtenção de evidência que sustente o julgamento do mérito e valor (Uchimura e Bosí, 2002) do objecto em avaliação.

3.1. Desenho de Estudo

O presente trabalho trata-se de um estudo de avaliabilidade que incidirá sobre o projecto europeu “Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre Homens que têm Sexo com Homens – SIALON II” na região de Lisboa e Península de Setúbal, por isso, o seu desenho de estudo será um estudo de caso descritivo.

Estudo de avaliabilidade

Para Rossi, Lipsey e Freeman (1993), o estudo de avaliabilidade é um conjunto de procedimentos para o planeamento de avaliações que têm em conta o envolvimento das partes interessadas, de forma a maximizar a utilidade da avaliação. Potvin (2001) vai mais além da fase do planeamento e entende que o estudo de avaliabilidade pode ser utilizado em qualquer fase do ciclo do programa para a sua revisão, para a melhoria da articulação entre os programas e para a criação de mais oportunidades de detectar os erros evitando a sua repetição no futuro (Thurston e Potvin, 2003).

A preocupação em envolver as partes interessadas no processo avaliativo, destacada por Rossi, Lipsey e Freeman (1993), prende-se com a vontade de minimizar as discordâncias entre os vários intervenientes do programa e, consequentemente, contribuir para o aumento do número de utilizadores dos resultados da avaliação (Mendes et al., 2010), pois se os interesses dos envolvidos forem tidos em conta, mais vantajosa será a realização da avaliação. Para Wholei (1987 citado em Mendes et al., 2010, p. 58) a qualidade dos estudos avaliativos poderá ser notada no aumento ou não do conhecimento das partes envolvidas em relação ao programa.

Os principais produtos de um estudo de avaliabilidade são: a descrição do programa, a definição das perguntas-chave orientadoras da avaliação, o plano de avaliação e o envolvimento das partes interessadas em todo o processo avaliativo (Thurston e Potvin, 2003; Thurston e Ramaliu, 2005). Da análise das metas, objectivos e teoria do programa, poderá criar-se um modelo que determine se os resultados esperados vão ou não ser alcançados (Trevisan e Huang, 2003).

Os estudos avaliativos acabam por querer explorar a relação entre as necessidades da população e as suas expectativas com os componentes da intervenção e em que medida é que o progresso das suas actividades vai atingir os objectivos definidos. Assim, espera-se que num estudo avaliativo se consiga obter um conjunto de resultados que indiquem o alcance ou não dos objectivos da intervenção, os efeitos causados e o seu nível de desempenho; e um conjunto de recomendações que possibilitem a melhoria do programa (Trevisan e Huang, 2003; Thurston e Potvin, 2003).

Através da aposta numa avaliação participativa pretende-se que os vários intervenientes se reúnam e discutam os seus vários pontos de vista, de forma a conseguir adequar e justificar as intervenções junto das comunidades onde estas vão decorrer (Laperrière, Potvin e Zuñiga, 2012).

Perguntas Avaliativas

A definição de perguntas avaliativas permite direccionar a condução da investigação avaliativa (Cazarin, Mendes e Albuquerque, 2010), de forma a que se possa observar e analisar o conjunto de interações possíveis de estabelecer entre as várias componentes do objecto em avaliação.

O projecto europeu “Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre Homens que têm Sexo com Homens – SIALON II”, objecto de análise do estudo encontra-se na fase de implementação e desenvolvimento na região de Lisboa e Península de Setúbal. Neste sentido as perguntas avaliativas definidas são as seguintes:

- a) Que questões no âmbito da problemática do VIH na população HSH é que ainda estão por resolver em Portugal? (Análise de Contexto)

- b) Quem são os intervenientes e de que forma participam no projecto? (Validação do modelo lógico)
- c) Os recursos materiais, humanos e financeiros disponibilizados são os suficientes? (Validação do modelo lógico)
- d) Quais as fragilidades e potencialidades do projecto? (Validação do modelo lógico)
- e) Que factores do contexto actual podem influenciar a implementação do projecto na região de Lisboa? (Análise de Implantação)
- f) Que expectativas têm em relação ao impacto do projecto na comunidade HSH da região de Lisboa? (Análise de Implantação)

3.2. Abordagem do estudo de caso

Para autores como Deslandes e Gomes (2004 citado em Feliciano, 2010, p. 30) o estudo de caso é o tipo de estudo mais utilizado na pesquisa qualitativa na avaliação em saúde.

Segundo Yin (1994), um estudo de caso é uma investigação empírica que estuda os fenómenos no seu contexto, principalmente quando não estão definidos os limites entre o fenómeno e o respectivo contexto. Este tipo de abordagem permite a descrição ou análise dos fenómenos de uma forma intensa ou geral, permitindo ao avaliador apreender a dinâmica do fenómeno, do programa ou do processo.

O estudo de caso pode ser único ou múltiplo. Considera-se estudo de caso único quando se trata de um único caso e estudo de casos múltiplos quando se efectuam análises a mais do que um caso (Yin, 1994). Neste estudo optou-se pelo estudo de caso único, porque pode fornecer informação mais aprofundada sobre a elaboração da intervenção, o contexto em que está a ser implementada, de forma a poder determinar se existe uma adequação da mesma com o meio envolvente (Balbach, 1999).

A principal abordagem do estudo é do tipo qualitativo. Para Paillé (Paillé, 1996 citado em Fortin, 2009, página 27), a investigação qualitativa pretende compreender os fenómenos tal como eles se manifestam no seu contexto através de uma perspectiva ampla que privilegia a natureza qualitativa das coisas e que apoia a exposição de um

relato ou até mesmo a formulação de uma teoria. Dado que nos estudos de avaliação se tentam conhecer as opiniões e percepções dos participantes em relação à dimensão e qualidade da intervenção (Uchimura e Bosi, 2002), é importante que se recorra a um tipo de abordagem qualitativa que ajude a estabelecer ligações entre a teoria e a prática com a possibilidade de se melhorar a realidade para que esta faça mais sentido para os intervenientes (Fortin, 2009).

A escolha da abordagem qualitativa para este estudo, prende-se pelo facto de o objecto de estudo ser um projecto de investigação e intervenção em saúde junto de uma população de difícil acesso e, por isso, dado o seu carácter dinâmico aumenta a necessidade do investigador querer descrever esse dinamismo e entender quais os seus efeitos junto dos intervenientes (Carmo e Ferreira, 1998).

3.3. Recolha de dados

A informação foi obtida através de análise documental sobre documentos relacionados com o projecto (relatórios, artigos publicados, plano de actividades), da análise de dados secundários recolhidos na fase inicial do projecto pela equipa de implementação na região de Lisboa e Península de Setúbal e da realização de entrevistas semidirectivas.

3.3.1. Análise Documental

A análise documental (Carmo e Ferreira, 1998) tem como principais finalidades permitir ao investigador conhecer o tipo de problemática que justifica a pertinência da intervenção (VIH e outras ISTs), conhecer o projecto (Projecto Europeu “ Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre Homens que têm Sexo com Homens – SIALON II”), definir as características do público-alvo (homens que têm sexo com homens) e apoiar a fase de definição do plano de avaliação (estudo de avaliabilidade) sem que o investigador interfira no quotidiano da intervenção (Samico, Figueiró e Frias, 2010).

As principais fontes de informação foram os documentos elaborados e submetidos para a candidatura a financiamento do projecto. A documentação foi analisada e foram feitos registos, numa grelha de análise (ver anexo 1), com base nos

seguintes critérios previamente estabelecidos: objectivos gerais e específicos do projecto, metas, actividades, recursos, resultados esperados e população-alvo.

Os critérios foram definidos de acordo com a informação necessária para auxiliar a construção do modelo lógico do projecto. Assim, da documentação analisada foi possível ficar a conhecer o que se pretende com o projecto num determinado período de tempo numa perspectiva mais geral – objectivo geral - e mais detalhadamente com os objectivos específicos.

As metas indicam quantitativamente os objectivos a atingir, as actividades ilustram quais as acções que vão decorrer para o alcance dos objectivos, a indicação dos recursos necessários em termos de recursos humanos, materiais e financeiros para que as actividades possam ser executadas e conseguir-se atingir os resultados esperados.

A informação relativamente à população-alvo é importante na medida em que se deve pensar e adequar a implementação das actividades com base no tipo de destinatários a que o projecto se compromete.

3.3.2. Entrevistas

A entrevista caracteriza-se pelo contacto directo entre o investigador e os seus interlocutores e pela pouca directividade por parte daquele (Quivy e Campenhoudt, 2005). Estas podem ser classificadas com base no seu grau de liberdade e cabe ao entrevistador definir que tipo de entrevista se adequa melhor ao seu objecto e objectivo de investigação. Neste estudo foi utilizada a entrevista semidirectiva a uma amostra, por conveniência de informadores-chave que estavam vinculados ao projecto avaliado (Feliciano, 2010).

A pertinência da realização de entrevistas semidirectivas neste estudo prende-se com o objectivo de conhecer qual a opinião dos *stakeholders*² do projecto em relação ao modelo lógico elaborado numa fase preliminar com base na análise de documentos, fornecendo um panorama mais teórico da intervenção.

² Partes interessadas e envolvidas no desenvolvimento do projecto.

O carácter semidirectivo da entrevista implica que esta não contém um grande número de perguntas. Normalmente, é elaborado um guião de entrevista para orientar o seu decurso, para que o investigador consiga garantir que são colocadas as questões-chave para a obtenção da informação desejada daquele (Quivy e Campenhoudt, 2005). As questões abertas dão liberdade ao entrevistado para que este fale abertamente como quiser e pela ordem que achar mais conveniente e cabe ao entrevistador encaminhar a entrevista para os objectivos que pretende daquele (Quivy e Campenhoudt, 2005).

As entrevistas no âmbito da fase de validação do modelo lógico e da obtenção de informação sobre quais são as perspectivas e expectativas dos intervenientes face ao projecto, foram realizadas a um membro do Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA Pedro Santos (GAT), pois é esta organização que está responsável pela coordenação do projecto em Portugal; a dois técnicos do serviço CheckPointLX, que é onde o projecto está a ser implementado; e a dois membros colaboradores do projecto.

Antes de qualquer entrevista, foi feito um primeiro contacto via telefone e/ou *email* com a apresentação do estudo, a razão pela qual o interveniente foi escolhido para participar e o convite para a respectiva colaboração. Depois de terem aceite o convite, foram agendadas as entrevistas em dias, horários e locais compatíveis entre a entrevistadora e o entrevistado.

No dia da entrevista, foi dado aos entrevistados o termo de consentimento informado (ver anexo 2) com a apresentação dos objectivos do estudo e garantia de confidencialidade, para ser assinado. As 5 entrevistas, com consentimento do entrevistado, foram gravadas em aparelho digital e tiveram a duração média de 30 minutos cada.

O guião de entrevista (ver anexo 3) serviu de fio condutor para que a entrevista se mantivesse no rumo que se pretendia para obter a informação necessária. Este foi dividido em 3 temas, são eles: problemática, implementação do projecto, pontos fortes, pontos fracos e recomendações. No primeiro tema pretendemos obter informação sobre qual a opinião dos entrevistados face à problemática do VIH na população HSH em

Portugal e o que falta fazer ao nível da intervenção. A informação obtida neste ponto foi pertinente para enquadrar o projecto ao nível do contexto e para fazer uma pequena análise de implantação do tipo 1.

No campo da implementação do projecto na região de Lisboa e Península de Setúbal conseguimos obter dados sobre quais as funções e responsabilidades de cada interveniente entrevistado; se os recursos humanos, materiais e financeiros disponibilizados são os suficientes para a execução das actividades; e tendo em conta o contexto actual, que factores do contexto é que eventualmente poderiam vir a influenciar o desenvolvimento das actividades.

Por fim, pediu-se aos entrevistados que indicassem quais as fragilidades e potencialidades do projecto; o que é que poderia ser feito de outra forma; quais as expectativas de impacto junto da população HSH e qual a avaliação geral que fazem deste projecto e que recomendações deixariam para melhorar as próximas intervenções no futuro.

No seguimento da construção do modelo lógico, no final da entrevista ao membro da administração e aos colaboradores, foi-lhes solicitada a apreciação do modelo lógico construído. Num dos casos, o entrevistado sugeriu que o modelo fosse mostrado a um elemento da equipa do GAT que tem trabalhado na área da avaliação das intervenções e, uma vez que conhecia o projecto em avaliação, foi uma mais-valia.

Depois de terminadas as entrevistas, os entrevistados foram identificados consoante o uso das letras: A (Administração); C1 (Colaborador 1); C2 (Colaborador 2); T1 (Técnico 1); e T2 (Técnico 2). Todas as entrevistas foram transcritas e foi realizada uma análise de conteúdo. Para Bardin (2009, p. 38), a análise de conteúdo é “uma técnica de investigação que através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.”

A análise de conteúdo foi feita através de categorias de análise (Bardin, 2009) construídas com base nas perguntas avaliativas definidas para o estudo. Posteriormente, foi feita uma análise de conteúdo de forma a conseguir verificar quais as semelhanças e

diferenças entre os discursos dos vários entrevistados tendo em conta as seguintes categorias: problemática (o que está por resolver e o que falta em termos de intervenção); validação do modelo lógico (funções e responsabilidades de cada interveniente, recursos, potencialidades e fragilidades); análise de implantação do tipo 1 (factores do contexto que influenciam implementação e impacto da intervenção na comunidade HSH); e avaliação geral do projecto e recomendações (ver anexo 4).

3.4. Considerações Éticas e legais

O presente trabalho teve a aprovação do Conselho Científico do Instituto de Higiene e Medicina Tropical para a sua realização.

Na realização das entrevistas foram seguidos os seguintes procedimentos, de forma, a serem respeitados os princípios éticos na execução do estudo:

- a) Todos os entrevistados convidados para participarem no estudo tiveram o direito de participar ou não no estudo e, para o garantir, no início de cada entrevista foi solicitada a assinatura do consentimento informado para a confirmação da sua vontade em fazer parte da investigação;
- b) Foi solicitada a gravação das entrevistas para sua posterior transcrição e tratamento da informação;
- c) Foi assegurado o anonimato e confidencialidade da informação recolhida;
- d) O entrevistado foi respeitado e tentou-se evitar qualquer situação de desconforto e prejuízo para a sua pessoa;
- e) O entrevistado pode cessar a sua participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de pena ou sanção (Fortin, 2009).

O consentimento informado

No início de cada entrevista apresentou-se aos participantes informações suficientes, formuladas numa linguagem acessível, sobre o projecto de investigação e a sua participação para que eles pudessem avaliar as consequências da mesma. Para que a investigação seja conforme com a *Énoncé de politique*, as pessoas previstas ou os seus

representantes legais devem ter dado o seu consentimento livre e esclarecido (Fortin, 2009).

O consentimento informado (ver anexo 2) que foi apresentado aos participantes das entrevistas continha a informação necessária para que o entrevistado pudesse saber quais as vantagens e inconvenientes da sua participação no estudo.

4. Resultados

4.1. Análise de Contexto

O contexto é uma das componentes da intervenção, como é possível ver na figura 4 abaixo representada. A análise de contexto pretende descrever as características mais importantes do meio em que o projecto está a ser implementado (CDC, 1999). Um processo avaliativo deve ser sensível às influências que os factores do contexto podem ter na implementação de projectos, de modo a que os intervenientes possam interpretar os resultados tendo em conta o contexto.

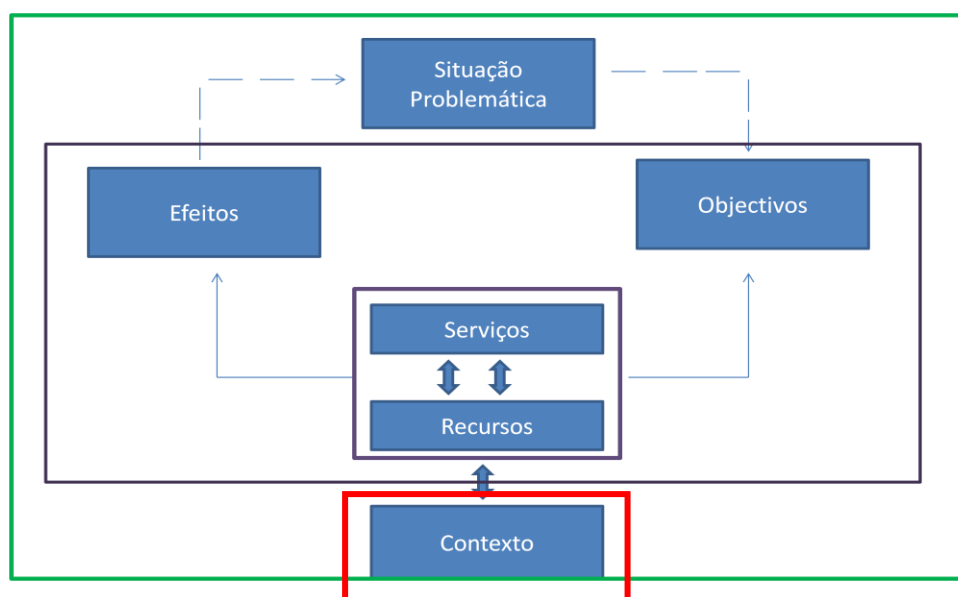


Figura 4 – O contexto como componente da intervenção
Fonte: Contandriopoulos et al., 2011

Os padrões de epidemias de VIH/ISTs, bem como os comportamentos dos HSH, podem ser fortemente influenciados pelas características específicas do ambiente, em termos do tipo de locais frequentados pela população HSH, serviços de saúde e assim por diante. Por essa razão, os aspectos ecológicos do ambiente são também incluídos, analisados e interpretados no estudo, bem como as características epidemiológicas relacionadas com a saúde sexual. Isso ajudará os países na monitorização da epidemia e ao mesmo tempo proporcionar-lhes-á informações relevantes sobre a forma de melhorar as actividades de prevenção dirigidas a população de HSH (SIALON II, 2013).

4.1.1. Descrição do contexto

Enquadramento sociodemográfico

A área de implementação do projecto inclui espaços e locais de socialização gay da zona da Grande Lisboa³ e Península de Setúbal⁴.

Tendo em conta os resultados dos últimos censos da população, em 2011, a população residente⁵ na Grande de Lisboa é de 2 042 477 habitantes (961 132 H e 1 081 345 M) e na Península de Setúbal é de 779 399 (373 473 H e 405 926 M). A concentração de indivíduos por km² (densidade populacional) na Grande Lisboa é de 1 483,6 e na Península de Setúbal de 479,6 (INE, 2012).

Como se pode ver no quadro 2 abaixo representado, a distribuição da população masculina por grandes grupos etários em ambas as zonas onde o projecto está a ser implementado é muito semelhante. A percentagem de indivíduos do sexo masculino com idades entre os 15 e os 64 anos é de aproximadamente de 67% (67,4% na Grande Lisboa e 66,8% na Península de Setúbal), enquanto a população idosa masculina representa cerca de 16% da população total (15,8% na Grande Lisboa e 16,3% na Península de Setúbal).

Por grandes grupos etários, a população distribui-se da seguinte forma:

	15-64 Anos		65 e + Anos	
	H	M	H	M
Grande Lisboa	648 337	706 392	152 417	221 240
Península de Setúbal	249 432	265 992	60 843	79 342

Quadro 2 – Distribuição da população por grandes grupos etários
Fonte: INE, 2012

³ Concelhos de Cascais, Lisboa, Loures, Mafra, Oeiras, Sintra, Vila Franca de Xira, Amadora e Odivelas

⁴ Concelhos de Alcochete, Almada, Barreiro, Moita, Montijo, Palmela, Seixal, Sesimbra e Setúbal

⁵ Conjunto de pessoas que, independentemente de estarem presentes ou ausentes num determinado momento de observação, viveram no seu local de residência habitual por um período contínuo de pelo menos 12 meses anteriores ao momento de observação (INE, 2012).

A idade média da população da Grande Lisboa e da Península de Setúbal é de 41 anos (INE, 2012). A nível nacional, a esperança de vida à nascença⁶ é de 76,7 anos para os homens e 82,6 para as mulheres.

Ao nível da escolaridade, aproximadamente 46% dos homens da Grande Lisboa têm o ensino básico e 3% não tem qualquer nível de ensino. Na Península de Setúbal, 53% dos homens tem o ensino básico e 17% tem escolaridade ao nível do ensino superior, enquanto em Lisboa, para este nível de ensino, a percentagem de homens é de 26%.

Quanto ao estado civil, a percentagem de homens solteiros chega perto dos 50%, principalmente, na área da Grande Lisboa (48%), enquanto que na Península de Setúbal registaram-se mais indivíduos do sexo masculino casados do que em Lisboa (45% e 43%) (INE, 2012). Com o estado civil de viúvo ou divorciado, os valores não oscilam muito entre as duas áreas de estudo.

No âmbito do desemprego, segundo os dados oficiais do Instituto Nacional de Estatística (INE), no 2º trimestre de 2013, a taxa de desemprego era de 16,4% nos indivíduos do sexo masculino e 16,5% nos do sexo feminino (INE, 2013).

Caracterização do estudo em Portugal

Para uma breve descrição do contexto nacional, recorreu-se à informação recolhida, através do preenchimento de um questionário electrónico, durante a fase de pesquisa formativa do projecto. Os dados foram recolhidos pelos parceiros nacionais, nomeadamente, o Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA Pedro Santos (GAT) e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) com a colaboração da Rede *ex aequo* e da Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero (ILGA Portugal), ambas ONGs que desenvolvem o seu trabalho com a comunidade Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgéneros (LGBT).

À semelhança de muitos outros países europeus parceiros no projecto SIALON II, Portugal também adoptou o método de amostragem por *Time Location Sampling* (TLS) para a recolha de informação.

⁶ Segundo a metainformação do INE é o número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, se as taxas de mortalidade por idades observadas em determinado momento se mantiveram.

Estudos sobre o VIH em HSH em Portugal

Nos últimos 2 anos foram desenvolvidos estudos com a recolha de dados comportamentais e/ou biológicos junto da população HSH no âmbito de 3 projectos, nomeadamente a Coorte CheckPointLx; o PREVIH: a infecção pelo VIH/SIDA em HSH e profissionais do sexo: Prevalência, determinantes, intervenções de prevenção e acesso à saúde; e o European MSM Internet Survey (EMIS).

Devido ao trabalho que o CheckPointLx tem desenvolvido junto da população HSH, em Abril de 2011, com a parceria do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) tem decorrido o estudo *MSM Lisbon Cohort* dirigido a HSH seronegativos.

O CheckPointLx surgiu em 2011, junto ao Largo do Príncipe Real, e é um espaço onde é possível obter informação sobre a prevenção e rastreio do VIH e outras ISTs, nomeadamente, através da realização do teste rápido ao VIH. Até ao momento, dos 3 000 testes rápidos ao VIH já realizados, cerca de 5% foram reactivos.

Com este projecto pretende-se que através do acompanhamento de um grupo de homens seronegativos com avaliações de 6 em 6 meses se consiga aferir o número de novos casos de VIH por ano – incidência; apurar os factores de risco para a infecção do VIH nos HSH; identificar estratégias de seguimento necessárias a obter uma retenção na coorte $\geq 90\%$ aos 12 meses, identificar quais as barreiras e facilitadores do uso do preservativo; caracterizar as práticas sexuais e as mudanças de comportamento sexual ao longo do tempo e dispor de um grupo de HSH que permita avaliar a aceitabilidade, a viabilidade e a eficácia de novas intervenções de prevenção e investigação.

Em termos metodológicos, os HSH seronegativos são recrutados no decorrer das sessões de aconselhamento e rastreio. Os indivíduos que aceitaram participar no estudo responderam a um questionário para recolha de dados demográficos e sobre as suas práticas sexuais nos últimos 12 meses ou desde a última vez que se dirigiu ao CheckPointLx.

Os resultados disponíveis do período compreendido entre Abril e Setembro de 2011, indicam que se realizaram 546 testes ao VIH, dos quais 76,1% a HSH e 12,8% a

homens que têm sexo com homens e com mulheres. Destes, 76,6% aceitou participar na coorte.

A mediana de idades dos participantes é de 30 anos e 72% é de nacionalidade portuguesa. Até à entrada no estudo, 13,7% afirmaram ter realizado o teste pela 1ª vez e dos que já tinham realizado um teste anteriormente, 22,6% realizou o último em 2011; 48,2% em 2010; 13,3% no ano de 2009; e 7,3% em 2008.

O projecto PREVIH foi levado a cabo por colaboradores do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) e do Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA Pedro Santos (GAT) entre Abril de 2009 e Abril de 2011.

Numa primeira fase, os principais objectivos do projecto PREVIH eram, conseguir estimar a prevalência da infecção do VIH, identificar factores comportamentais e sociais associados à infecção e caracterizar os conhecimentos, atitudes e práticas em populações de HSH e TS. Posteriormente, numa segunda fase, focou-se mais a prevenção e o acesso aos serviços de saúde, pretendeu-se desenvolver um mapeamento de serviços de VIH/SIDA, actividades de Educação de Pares e de Informação, Educação e Comunicação.

O método de amostragem utilizado foi o “*snowball*”⁷ e através deste foi possível chegar a uma amostra de 1 046 HSH distribuídos pelas cidades de Lisboa, Porto, Viana do Castelo, Guimarães, Bragança, Coimbra, Aveiro, Marinha Grande, Figueira da Foz, Peniche e zona do Algarve que responderam a um questionário.

Em termos de resultados, segundo a informação disponível, o PREVIH conseguiu reunir dados sobre características sociodemográficas, conhecimento e atitudes em relação ao VIH/SIDA, práticas sexuais, uso do preservativo, consumo de drogas, acesso e utilização dos serviços de saúde, testes de HIV, de auto-relato do status serológico para o VIH, VHB, VHC, tuberculose e outras ISTs.

Uma das formas de disseminação dos resultados foi a realização de duas conferências direccionadas para a comunidade académica, tomadores de decisão,

⁷ Método de amostragem não probabilística. Aleatoriamente é escolhido um grupo de indivíduos da população-alvo e é pedido a cada elemento que identifique outro que também pertença à população em estudo, levando ao efeito de bola de neve.

profissionais de saúde, ONGs que trabalham na área do VIH/SIDA, associações LGBT e membros da comunidade. Os relatórios com os principais resultados foram fornecidos aos parceiros da comunidade do estudo.

Outro dos projectos que decorreu a nível nacional foi o European MSM Internet Survey desenvolvido por equipas do Instituto Robert Koch (investigação), ISPUP (investigação) e GAT (comunidade), entre Junho e Agosto de 2010.

Alguns dos objectivos do projecto europeu EMIS era conseguir recolher dados ao nível da população HSH para o planeamento de intervenções de prevenção do VIH entre os 38 países participantes, facilitar o diálogo entre a comunidade HSH, a academia e os vários sectores que envolvem a saúde pública e possibilitar a recolha de dados sobre os HSH em países com menos recursos e experiência de investigação na área do VIH junto dos HSH.

Dos dados disponibilizados pela amostra de 5 391 participantes, foram validados 4 584 e toda a informação foi obtida através de um questionário anónimo online e disponível para todos os HSH que vivem em Portugal.

Os dados recolhidos indicaram que a maioria dos indivíduos que responderam ao questionário nasceu em Portugal (82%) e reside numa média ou grande cidade (65%). A idade média foi de 32 anos (desvio-padrão de 10,6 anos).

Aproximadamente 70% se auto-descreveu como gay/homossexual e o local de encontro para o último parceiro não fixo foi num website (57%), local de cruising⁸ (15%), discoteca/club nocturno gay (6%) e sauna (4%).

Em termos de comportamentos sexuais, 67% dos participantes referiu ter tido relações sexuais anais desprotegidas nos últimos 12 meses e 30% com um parceiro de estatuto serológico desconhecido. A prevalência de VIH entre os 72% que afirmam testar-se é de 11% e destes, 72% encontra-se em tratamento antiretroviral.

⁸ Momento em que o indivíduo anda à procura de um parceiro sexual em determinado local para ter relações sexuais.

Campanhas de prevenção junto dos HSH

Com base na informação disponível, no último ano realizaram-se algumas campanhas de prevenção especificamente direccionadas para a comunidade HSH da área de estudo do projecto europeu.

Organizações como a ILGA Portugal e o CheckPointLx têm trabalhado em parceria e levaram a cabo algumas iniciativas pontuais de divulgação e promoção dos testes ao VIH e outras ISTs em locais frequentados pela população, nomeadamente, balneários públicos.

Outra iniciativa levada a cabo pela ILGA Portugal foi a designada Brigada do preservativo com a entrega de informação e preservativos a trabalhadores do sexo de rua e em bares gay.

O GAT desenvolveu Workshops de educação de pares para grupos com cerca de 15 pessoas (HSH ou pessoas que têm contacto formal ou informal com HSH - por exemplo, donos de bares, voluntários de linha de apoio, etc.) entre Janeiro e Março de 2012. Esta iniciativa chegou a aproximadamente 30 indivíduos, mas tornou-se um desafio lidar com a desmotivação e pouco interesse dos HSH em integrar actividades de prevenção. Posteriormente, a comunidade revelou estar aberta e receptiva para discutir e participar em iniciativas de prevenção, apesar de haver falta de informação sobre conceitos básicos e estigma entre a comunidade.

Do levantamento de locais de encontro e socialização gay para o desenvolvimento das actividades do projecto “ Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre Homens que têm Sexo com Homens – SIALON II” nas regiões da Grande Lisboa e Península de Setúbal foram identificados: 2 cafés/restaurante, 9 bares, 2 discotecas, 2 sex club, 5 saunas, 2 cinemas porno, 7 sex shops e 3 zonas de cruising. Destes estabelecimentos, após a visita aos espaços, apresentação do projecto e convite para a participação, nem todos os proprietários aceitaram colaborar, limitando a recolha de dados a 2 discotecas, 1 café, 4 bares, 2 saunas e 1 local de cruising.

É de salientar que em Portugal não existe qualquer tipo de restrição legal significativa que impeça a existência de locais comerciais e não comerciais de encontro gay.

Contexto legislativo

Num contexto mais legislativo, o tema da homossexualidade é legalmente estudado desde 1982. A Constituição de 1975, na sua 6ª Revisão Constitucional de 2004, no artigo 13º reforça que a pessoa não deve ser discriminada devido à sua orientação sexual⁹.

As relações homossexuais são reconhecidas desde 2001, sendo que o casamento entre pessoas do mesmo sexo só é, legalmente, permitido desde 2010 após a aprovação da Lei N.º 9/2010 de 31 de Maio¹⁰.

A 17 de Maio de 2013, o Projecto de Lei 278/XII¹¹ que permite a co-adopção por parte de casais do mesmo sexo foi aprovado, na generalidade, pela Assembleia da República Portuguesa e até ao momento o documento encontra-se em discussão.

Ao nível da academia, nos últimos 24 meses realizaram-se 4 estudos relacionados com a discriminação, estigmatização ou ódio contra a população LGBT.

Um trabalho sobre “Violência nas relações homossexuais: A face oculta da agressão na intimidade.” desenvolvido na Escola de Psicologia da Universidade do Minho, pretendeu estudar a prevalência da violência nos relacionamentos homossexuais.

Com base numa amostra de 151 indivíduos homossexuais foi possível apurar que a prevalência de violência nas relações íntimas homossexuais apresenta valores

⁹ Artigo 13º da Constituição da República Portuguesa de 1975, 6ª Revisão Constitucional de 2004, na íntegra “Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.”

¹⁰ Artigo 1º da Lei N.º 9/2010 de 31 de Maio “A presente lei permite o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo.” (<http://dre.pt/pdf1s/2010/05/10500/0185301853.pdf>)

¹¹ Artigo 1º do Projecto de Lei 278/XII “A presente lei estabelece o regime jurídico da co-adopção por parte de cônjuges e unidos de facto, nos casais do mesmo sexo.” <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c325276593342734c576c756156684a5358526c65433977616d77794e7a677457456c4a4c6d527659773d3d&fich=pjl278-XII.doc&Inline=true>)

mais elevados do que o mesmo fenómeno em relações heterossexuais. Uma das hipóteses expressas para explicar este fenómeno é a pressão social que envolve a questão da homossexualidade e que se faz sentir nas relações entre pessoas do mesmo sexo.

Outro trabalho, este elaborado na Escola de Ciências Sociais e Humanas, Departamento de Psicologia Social e das Organizações do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), em 2011, relacionado com “O papel moderador do suporte parental e social no efeito do *bullying* homofóbico nas consequências psicológicas para os jovens”. Este trabalho comprometeu-se a explorar o fenómeno do *bullying* homofóbico em Portugal tendo em conta as formas de agressão, consequências e prevalência e até que ponto é que a percepção do suporte social e/ou parental têm influência no nível de consequências para as vítimas.

A informação do estudo foi recolhida através do preenchimento de um questionário online, ao qual cerca de 2011 estudantes responderam. O que se pode verificar foi que existe uma maior prevalência de violência psicológica nos rapazes do que nas raparigas, principalmente em recinto escolar. Ao nível do impacto emocional, este é mais sentido em vítimas de *bullying* homofóbico com um enquadramento social e suporte parental baixo. Deste estudo ficou a recomendação de que se devem desenvolver programas de sensibilização e medidas de protecção para as vítimas de *bullying* homofóbico.

Na temática da violência, foi ainda possível encontrar outro trabalho desenvolvido na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto sobre a “Violência doméstica em casais homossexuais: das representações sociais dos profissionais que trabalham com vítimas à vivência das vítimas.” com o principal objectivo de aceder às representações sociais que os profissionais que trabalham com as vítimas de violência doméstica e conjugal em casais homossexuais.

Neste estudo, após a aplicação de questionários a profissionais de serviços de apoio à vítima, membros do Ministério Público e entrevistas a vítimas de violência doméstica, foi possível concluir que no âmbito das representações sociais do problema

existem diferenças significativas entre os vários profissionais não só tendo em conta a sua profissão, como também a instituição onde desenvolvem o seu trabalho.

Ainda com este estudo foi possível verificar que os profissionais da área do Direito tendem a minimizar algumas das dificuldades pelas quais as vítimas de violência doméstica em casais homossexuais têm de passar para conseguirem apoio institucional, mostrando uma grande confiança nas instituições para responder aos problemas das vítimas. Os psicólogos, confiam no seu trabalho de apoio à vítima, alegam dificuldades a nível institucional de apoio às vítimas e, ao contrário dos profissionais do Direito, demonstram ser conhecedores da dinâmica de violência e vitimização.

Em 2010, foi realizado na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto um trabalho relacionado com a “Homofobia e consequências da (não) assumpção da homossexualidade: um estudo sobre a visão LGBT.” de forma a compreender como é que a comunidade LGBT percebe a forma como os heterossexuais representam a homossexualidade e as suas atitudes para com os homossexuais.

As principais conclusões que resultaram da aplicação de questionários a 90 indivíduos não-heterossexuais foram que, na opinião dos homossexuais, a população heterossexual tem mais motivação externa do que interna para responder de forma não preconceituosa. A comunidade LGBT entende que o nível de preconceito nos heterossexuais é fraco.

Em relação ao assumir a orientação sexual, a comunidade LGBT entende que os indivíduos que assumem a sua homossexualidade sofrem mais discriminação do que os não assumidos.

4.2. Análise Lógica

A análise lógica do projecto iniciou-se com a construção de um modelo lógico com o intuito de apresentar de forma explícita o funcionamento do projecto (Medeiros et al., 2010). Como é possível ver na figura 5, a análise lógica permite compreender

qual a relação entre os recursos e os serviços prestados tendo em conta o alcance dos objectivos do projecto.

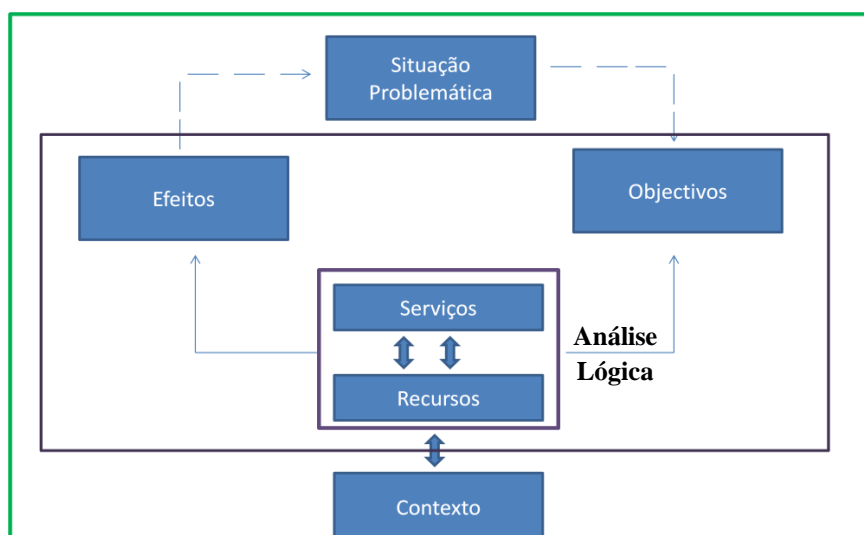


Figura 5 - Componentes da Intervenção – Análise Lógica
Fonte: Contandriopoulos et al., 2011

4.2.1. Construção do modelo lógico para o projecto

Recorremos à modelização do projecto, porque o modelo lógico é uma forma gráfica de ilustrar a relação entre as estratégias do programa, as suas metas, objectivos, população-alvo, indicadores e recursos (THCU, 2001; FWKK, 2001). Este serve para dar aos *stakeholders* um panorama geral de como é a estrutura e funcionamento do programa e serve também de ferramenta de apoio à planificação da intervenção (THCU, 2001).

O modelo lógico da intervenção é um esquema que fornece informação sobre a articulação entre os seus elementos (componentes, actividades, recursos, produtos e resultados) de forma a conseguirem resolver o problema que deu origem à intervenção (Cazarin, Mendes e Albuquerque, 2010). Esta ferramenta é considerada muito prática e útil para a concepção de instrumentos de avaliação, permitindo a análise e ajustamento das metas e objectivos (Oliveira et al., 2010).

A construção do modelo lógico exige uma análise da teoria do programa para uma compreensão mais aprofundada de como é que vai ser a sua implementação (Cazarin, Mendes e Albuquerque, 2010).

Segundo a Fundação W. K. Kellog (2001), os principais elementos que constituem o modelo lógico são: componentes, recursos, actividades, produtos, resultados imediatos e resultado final. Cada um dos elementos está indicado e definido no quadro 3.

Elementos do modelo lógico	Definição
Componentes	Palavra-chave que agrega as actividades a desenvolver (Cazarin, Mendes e Albuquerque, 2010);
Recursos	Recursos que podem ser materiais, financeiros e/ou humanos fundamentais para a implementação do programa;
Actividades	Técnicas, ferramentas ou acções levadas a cabo no âmbito do projecto que visam atingir os objectivos propostos;
Produtos	Resultados directos que se obtêm depois da realização das actividades;
Resultados Imediatos	Mudanças de comportamentos, conhecimentos e atitude que espera verificar depois da execução das actividades do projecto;
Resultado Final (impacto)	Mudança, a um nível mais macro, da organização e da comunidade que se espera obter depois da realização das actividades do projecto.

Quadro 3 – Elementos do modelo lógico do projecto

No quadro 4 está representado o modelo lógico do projecto. Este foi elaborado com base nas informações recolhidas em documentos da fase de planeamento do projecto, focando a obtenção de informação relativa aos objectivos, actividades, produtos, resultados esperados, população-alvo e recursos. Depois de retirada a informação pertinente, esta foi colocada em cada um dos elementos que compõe a fase de modelação preliminar do projecto.

O modelo lógico do projecto europeu foi construído tendo em conta 4 componentes, nomeadamente, gestão do projecto, disseminação, vigilância epidemiológica e campanha de prevenção. Para cada componente foram apresentados os recursos necessários para o desenvolvimento das actividades de cada componente, os produtos, os resultados imediatos e intermédios e os resultados finais com o impacto que se pretende que a intervenção tenha.

A construção do modelo iniciou-se com o agrupamento das em quatro componentes: gestão do projecto, disseminação, vigilância epidemiológica e campanhas de prevenção, que através da observação do quadro 4 é possível ver as interacções que existem entre elas.

Cada componente é composta por várias actividades que no seu conjunto são a estratégia para atingir os objectivos a que o projecto se propõe alcançar. Para a sua execução são necessários determinados recursos, alguns deles transversais a todas as componentes como é o caso dos recursos humanos, recursos financeiros, sistema de informação, equipamento informático material de escritório e infraestruturas.

Em primeiro lugar, encontra-se a gestão do projecto com actividades voltadas para a organização e administração do projecto, nomeadamente, a formação dos gestores, criação de normas administrativas e financeiras, elaboração de relatórios e criação de uma ferramenta *web* a que todos os parceiros terão acesso. Com estas actividades pretende-se facilitar a coordenação e monitorização das actividades, a comunicação entre os vários parceiros do projecto e uniformizar a elaboração de relatórios.

Na componente da disseminação insere-se a questão da promoção do projecto junto da população-alvo e a posterior divulgação dos resultados. Assim, as tarefas passam pela identificação dos potenciais interessados no projecto e a definição de canais de comunicação que serão importantes na fase de promoção do projecto junto da população-alvo. Posteriormente, no plano de disseminação deverão constar as estratégias de divulgação dos resultados que surgirem das actividades que integram as componentes chave de todo o projecto que são a vigilância epidemiológica e as campanhas de prevenção.

Alguns dos resultados directos da implementação das actividades de disseminação serão o número de folhetos impressos e distribuídos por país parceiro, o número de relatórios enviados para os parceiros e para os sites institucionais para divulgação do projecto e a número de *abstracts*, *papers* e *posters* elaborados, submetidos e publicados na fase de apresentação e disseminação dos resultados do projecto. É de salientar que a divulgação dos resultados e do conhecimento gerado é de extrema importância para a sustentabilidade do projecto uma vez que é uma forma de

justificar a pertinência da implementação das actividades em determinados países como, por exemplo, na Rússia e Moldávia e criar uma rede internacional entre várias organizações que trabalham na área da prevenção do VIH e outras ISTs.

No âmbito da componente de vigilância epidemiológica as actividades estão direccionadas para a preparação e execução do trabalho de campo para a recolha de dados. Para isto, procedeu-se ao mapeamento dos potenciais locais de encontro gay para a aplicação dos questionários e recolha de amostras biológicas, recrutamento e formação dos entrevistadores e técnicos de laboratório, aplicação dos questionários e recolha de fluido oral, envio de amostras que detectaram VIH para análise do avidity index em Verona e encaminhamento dos resultados positivos para o VIH para aconselhamento profissional.

Para a execução das actividades relacionadas com a componente mais focada para a investigação – vigilância epidemiológica -, aos recursos transversais a todo o projecto foi necessário incluir o material de laboratório e os kits de teste ao VIH para a recolha e análise das amostras biológicas e o software RDSAT para a análise estatística dos dados recolhidos.

De modo a complementar a componente anterior que está mais direccionada para a investigação, nas campanhas de prevenção o trabalho passa primeiro por saber o que é que já se fez na área da prevenção, realização de sessões formativas de prevenção do VIH e outras ISTs e distribuir infopacks com preservativos e folhetos informativos. Estas tarefas decorrem no terreno envolvendo a equipa de trabalho, mas o que se pretende também é disponibilizar o material informativo no site do projecto para que outras pessoas possam ter acesso e contribuir para a prevenção da infecção.

Os resultados imediatos e intermediários que se pretendem obter com a realização das actividades propostas relacionadas com as campanhas de prevenção são: em primeiro lugar, ter uma visão do que é que já foi feito anteriormente ao nível da prevenção do VIH e outras ISTs junto da população HSH e em segundo lugar, disponibilizar o material necessário para a replicação de actividades de prevenção na comunidade. A um nível mais macro, o que se pretende é desenvolver políticas de

prevenção através da articulação entre as organizações de intervenção comunitária e as equipas de investigação, por exemplo, dos centros de investigação epidemiológica.

Os produtos propostos no modelo lógico foram definidos com base nas actividades de cada componente, de forma a permitir o controlo e a realização de uma avaliação sistemática de cada tarefa à medida que estas vão sendo concluídas, podendo haver actividades com mais do que um produto.

O modelo acaba por representar os recursos necessários para o desenvolvimento das actividades que, posteriormente dão origem a um ou vários produtos que demonstram a ligação com os resultados intermédios e de que forma é que se interliga com o resultado final.

A ilustração das relações mais detalhadas por componente podem ser vistas no anexo 5 deste trabalho.

Modelo Lógico do projecto

Quadro 4 – Modelo lógico do projecto europeu

Componentes	Recursos	Actividades	Produtos	Resultados Imediatos e Intermediários	Resultado Final (Impacto)
Gestão do projecto	Recursos Humanos; Recursos Financeiros;	<ul style="list-style-type: none"> -Obter formação em gestão financeira e administrativa; -Criar um manual de normas administrativas e financeiras; -Criar uma ferramenta <i>web</i>; -Elaborar um relatório técnico de implementação financeira para a Comissão Europeia; -Elaborar um relatório intermédio e um no final. 	<ul style="list-style-type: none"> -Nº de parceiros que receberam o manual; -Nº de parceiros que usaram o manual; -Nº de parceiros com acesso à plataforma <i>online</i>; -Nº de parceiros que utilizaram activamente a plataforma <i>online</i>; 	<ul style="list-style-type: none"> -Facilitar a coordenação e monitorização das actividades; -Facilitar a comunicação entre os vários parceiros; -Facilitar a elaboração dos relatórios. 	<ul style="list-style-type: none"> -Garantir que a implementação do projecto consiga ir ao encontro dos objectivos definidos.
Disseminação	Equipamento informático; Sistema de informação; Material de escritório; Infraestruturas.	<ul style="list-style-type: none"> -Analisar as partes interessadas e definir canais de comunicação; -Elaborar o plano de disseminação; -Criar e distribuir folhetos e cartazes sobre o projecto (possibilidade de realizarem testes ao VIH, Sífilis, VHB e VHC); -Traduzir os folhetos para a língua de cada país parceiro; -Distribuir cópias em papel e em versão digital dos relatórios; -Elaborar e publicar em revistas científicas <i>papers</i> com os resultados; -Divulgar os resultados através de sites 	<ul style="list-style-type: none"> -Nº de folhetos impressos; -Nº de línguas em que os folhetos foram traduzidos; -Nº de folhetos distribuídos, por país; -Nº de relatórios enviados em formato papel para os parceiros; -Nº de sites institucionais onde os relatórios foram colocados; -Nº de <i>papers</i> elaborados; -Nº de <i>papers</i> publicados; -Nº de <i>abstracts</i> elaborados; -Nº de <i>abstracts</i> publicados; 	<ul style="list-style-type: none"> -Aumentar a visibilidade do projecto junto da população-alvo; -Distribuir um mínimo de 400 folhetos informativos, por país; -Promover a relação com outros projectos financiados pela UE; -Garantir a sustentabilidade do projecto. 	<ul style="list-style-type: none"> -Facilitar a realização do estudo em países fora da UE (Moldávia, Ucrânia, Rússia, entre outros.) -Criar uma rede internacional (ONUSIDA, OMS, ECDC), institutos de saúde pública nacionais, ONG's, associações LGBT e sociedade civil para a cooperação em projecto de prevenção do VIH e outras ISTs.

		<p>institucionais, fóruns, conferências, <i>workshops</i>, seminários, jornais, revistas LGBT e comunicados de imprensa;</p> <p>-Manter o site actualizado.</p>	<p>-Nº de <i>abstracts</i> submetidos e aceites para apresentação em conferências;</p> <p>-Nº de comunicações orais/<i>posters</i> apresentados em conferências;</p> <p>-Nº de <i>workshops</i> e seminários onde os resultados foram apresentados;</p> <p>-Nº de <i>papers</i> publicados em revistas LGBT.</p>		
Vigilância Epidemiológica	<p>Recursos Humanos;</p> <p>Recursos Financeiros;</p> <p>Equipamento informático;</p> <p>Sistema de informação;</p> <p>Material de escritório;</p> <p>Infraestruturas;</p> <p>Material de laboratório;</p> <p>Kits de teste ao VIH;</p> <p>Software RDSAT.</p>	<p>-Pesquisa formativa (levantamento de necessidades, mapear os locais de encontro – rede social dos HSH);</p> <p>-Avaliar os grupos etários para a amostra representativa;</p> <p>-Mapear os locais onde se podem realizar testes ao VIH, acessibilidade e quais as atitudes face aos HSH;</p> <p>-Recrutar inquiridores nas associações LGBT e ONG´s;</p> <p>-Criar um grupo de consultores composto por técnicos que participaram no SIALON I;</p> <p>-Realizar sessões de formação contínua para os inquiridores;</p> <p>-Realizar sessões de formação para os técnicos de laboratório;</p> <p>-Pré-avaliar as condições do campo;</p> <p>-Aplicar questionários anónimos, por amostragem TLS e RDS;</p>	<p>-Mapeamento dos locais de encontro dos HSH;</p> <p>-Nº de manuais distribuídos;</p> <p>-Nº de inquiridores recrutados;</p> <p>-Nº de inquiridores formados;</p> <p>-Nº de “sementes” recrutadas, nos países em que se faz RDS;</p> <p>-Nº de “ramos” conseguidos pelas “sementes”, nos países em que se faz RDS;</p> <p>-Nº de sessões de formação;</p> <p>-Nº de técnicos de laboratório formados;</p> <p>-Nº de questionários aplicados através do método TLS;</p> <p>-Nº de questionários aplicados através do método RDS;</p>	<p>-Identificar as necessidades de prevenção não satisfeitas;</p> <p>-Uniformizar as práticas de colheita de dados;</p> <p>-Estimar a prevalência de VIH nos países onde é adoptado o método RDS;</p> <p>-Zelar pela segurança dos inquiridores e garantir a confidencialidade no processo de colheita de dados;</p> <p>-Estimar a prevalência do VIH e outras ISTs;</p> <p>-Manter a qualidade e agilidade na recolha dos dados;</p>	<p>-Harmonizar as metodologias de vigilância para gerar dados comparáveis;</p> <p>-Melhorar a capacidade das instituições de saúde pública e ONG’s de chegarem aos HSH;</p> <p>-Conhecer os comportamentos da população-alvo;</p> <p>-Reconhecer a heterogeneidade das necessidades de prevenção em diferentes contextos;</p> <p>-Melhorar a capacidade técnica dos laboratórios nacionais;</p> <p>-Conhecer detalhadamente a prevalência de múltiplas</p>

		<p>-Colher amostras biológicas (fluido oral – TLS/sangue – RDS);</p> <p>-Disponibilizar aconselhamento profissional a todos os indivíduos que aceitem fazer a recolha de fluído nas unidades móveis;</p> <p>-Enviar as amostras que identificaram presença de VIH para análise do Avidity Index, em Verona;</p> <p>-Encaminhar para tratamento os resultados positivos que solicitarem o resultado no CheckPointLx e que ainda não estiverem em tratamento;</p> <p>-Elaborar um relatório sobre os comportamentos e as estratégias de prevenção;</p> <p>-Inserir e fazer análise estatística dos dados.</p>	<p>-Nº de amostras biológicas colhidas;</p> <p>-Nº de amostras positivas para o VIH enviadas para Verona;</p> <p>-Nº de testes positivos para o VIH;</p> <p>-Análise estatística (análise de prevenção, testes, proporção – infecção e factores associados);</p> <p>-Proporção de infecções de VIH não diagnosticadas;</p> <p>-Estimativa de prevalência de VIH;</p> <p>-Nº de sessões de formação contínua realizadas.</p>	<p>-Uniformizar as técnicas de análise em todos os laboratórios locais;</p> <p>-Monitorizar a produtividade das “sementes”;</p> <p>-Obter uma amostra representativa.</p>	<p>infecções nos HSH;</p> <p>-Implementar estratégias de saúde e políticas públicas para reduzir as desigualdades de saúde entre os estados membros;</p> <p>-Aumentar o nº de HSH a fazer o teste para o VIH, sífilis, VHB e VHC;</p> <p>-Possibilitar a comparação de dados na UE e nos países vizinhos através do uso de indicadores comuns (UNGASS e ECDC).</p>
Campanhas de prevenção	<p>Recursos Humanos;</p> <p>Recursos Financeiros;</p> <p>Equipamento informático;</p> <p>Sistema de informação;</p> <p>Material de escritório;</p> <p>Infraestruturas;</p> <p>Info-packs.</p>	<p>-Levantamento das campanhas de prevenção do VIH e outras ISTs junto da comunidade HSH já realizadas a nível nacional;</p> <p>-Realizar sessões formativas sobre a prevenção do VIH e outras ISTs;</p> <p>-Distribuir info-packs com preservativos, lubrificante e folheto informativo durante a recolha de dados;</p> <p>-Criar uma secção dedicada à prevenção no site;</p> <p>-Disponibilizar material informativo de prevenção no site do projecto;</p> <p>-Incluir no relatório final uma secção dedicada à prevenção.</p>	<p>-Nº de sessões de informação realizadas;</p> <p>-Nº de info-packs distribuídos;</p> <p>-Nº de visitas registadas à secção de prevenção no site;</p> <p>-Nº de downloads do material de prevenção no site.</p>	<p>-Ter uma visão geral sobre as experiências de prevenção de VIH e outras ISTs já desenvolvidas;</p> <p>-Utilizar o material para replicar as actividades de prevenção.</p>	<p>-Desenvolver políticas de prevenção de VIH e outras ISTs através da cooperação entre instituições nacionais que se dedicam à investigação de actividades de prevenção e vigilância de VIH e as ONG’s locais.</p>

4.2.2. Validação do modelo lógico

O envolvimento dos intervenientes da acção no processo avaliativo proporcionou um maior e melhor enriquecimento e utilidade da avaliação do projecto, uma vez que lhes foi dada a oportunidade de darem o seu ponto de vista em relação à problemática e à experiência que estão a ter no projecto que estão a trabalhar.

Os indivíduos interessados e envolvidos nesta avaliação foram, como é possível ver no quadro 5, o responsável pela coordenação/administração do projecto europeu a nível nacional, os colaboradores recrutados para trabalharem na operacionalização das actividades e os técnicos do serviço CheckPointLx, local onde estão a ser realizadas muitas das actividades definidas.

Informador-chave	Interesse na Avaliação	Papel no Projecto	Papel na Avaliação	Recolha de informação
1 Administrador nacional do projecto	Identificar se as actividades e recursos estão de acordo com os objectivos e resultados propostos na fase inicial do projecto	Coordenação nacional do projecto	-Dar informações sobre a operacionalização e pertinência do projecto;	Entrevista
2 Técnicos do serviço CheckPointLx		Operacionalização das actividades	-Participar na validação do modelo lógico.	
2 Colaboradores				

Quadro 5 – Intervenientes no projecto entrevistados

Recursos disponíveis

Para o início da validação do modelo lógico questionámos a administração e os responsáveis pela operacionalização das actividades sobre as suas funções e responsabilidades. Da análise do que foi respondido percebemos que cada membro da equipa está bem ciente do seu papel no projecto e que as várias tarefas que cada um tem de desempenhar complementam-se entre si.

A equipa responsável pela gestão e coordenação do projecto esteve incumbida de conseguir apoio financeiro para que Portugal pudesse integrar o conjunto de países participantes deste projecto internacional.

O parceiro comunitário local de forma a garantir a angariação de fundos monetários que permitissem a implementação no terreno deste projecto contactou os coordenadores internacionais do projecto, a Comissão Europeia (CE), o IHMT e o CheckpointLx a expor apresentar o projecto e realçando a importância de envolver o país neste estudo. Para além da questão do financiamento, o elemento da administração entrevistado também colaborou no grupo de avaliação dos instrumentos de recolha de dados e da metodologia.

Em colaboração com o IHMT a equipa de coordenadores de terreno ficou responsável pelas seguintes actividades: articular com os proprietários dos locais de convívio e encontro gay, contactar os membros da comunidade para serem entrevistadores e organizar a respectiva formação e monitorização; articular com o parceiro internacional (Barcelona-Espanha) responsável pela metodologia TLS para a gestão do calendário de saída para a aplicação dos questionários e recolha de amostras biológicas; preparar os materiais de prevenção para a posterior distribuição; coordenação das equipas que vão para o terreno.

Os técnicos deram apoio aos colaboradores no agendamento das saídas para o terreno, na preparação dos materiais de prevenção para distribuir, contacto e agendamento das idas aos locais e recolha de dados e amostras biológicas.

Ao nível dos recursos, os intervenientes quando questionados sobre se os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis são os suficientes para a implementação do projecto, a resposta imediata e a mais frequente foi *“Não são suficientes”*.

“Em investigação os recursos nunca são demais.”(C2)

“Os recursos nunca são os suficientes.”(T1)

Começando pelos recursos financeiros, a administração relata que a obtenção de financiamento para o desenvolvimento do projecto a nível nacional não foi uma tarefa nada fácil, uma vez que houve a necessidade de contactar várias entidades nacionais e internacionais com o fim de solicitar fundos monetários e condições para começar e manter o projecto. Este cenário deveu-se à autoproposta que a equipa nacional

apresentou para conseguir ser aceite e participar no projecto internacional que já se encontrava a decorrer em vários países.

“O GAT teve de fazer um esforço enorme para conseguir arranjar os recursos.”(A)

Ao nível dos recursos humanos, todos concordam que eles existem, mas admitem estar com alguma sobrecarga de trabalho na medida em que tanto os colaboradores como os técnicos dão apoio a outros projectos. A par do excesso de trabalho todos os membros da equipa demonstraram estar muito motivados e interessados em mostrar profissionalismo e de dar o seu melhor.

“Em termos de recursos humanos estamos muito bem. A equipa está motivada e temos as pessoas certas.”(C2)

“(...) estamos muito empenhados no trabalho e não choramos sobre isso, porque é o que queremos fazer, mas os recursos em Portugal são muito baixos.”(A)

Ainda em relação aos recursos humanos, os colaboradores referiram que grande parte da equipa já tem experiências anteriores de trabalho na área do VIH e com a população HSH, uma vez que alguns são técnicos do CheckPointLx e outros do GAT. Assim, a experiência vem estreitar e facilitar a comunicação com a comunidade e, de certa forma, começa-se a caminhar para a criação de uma estrutura de referência que se possa definir como interlocutora e colocar Portugal como potencial parceiro em futuros projectos internacionais.

Os coordenadores de terreno concordam que os recursos materiais existem e que o problema de financiamento só veio desafiar a equipa a ter de aprender a dar a volta às necessidades, definir o que é prioritário e improvisar com o que está disponível.

“O que fica por resolver são aspectos que nós não controlamos, como é o caso do financiamento.”(C2)

Quanto às consequências da insuficiência de alguns recursos, apurou-se junto de alguns entrevistados que não se conseguiu incluir nos info-packs uma raspadinha informativa que tornava a componente da prevenção mais interactiva. Este facto,

segundo a opinião de um interveniente, fez com que a componente da prevenção fosse apenas expositiva.

Potencialidades e Fragilidades

Indo ao encontro de um dos objectivos do projecto alguns dos entrevistados enalteceram o interesse e a importância de se conseguirem dados epidemiológicos e comportamentais que permitam a sua comparação, não só com outros pequenos estudos realizados anteriormente a nível nacional, mas também com os resultados dos parceiros internacionais.

Dado que ainda se verifica alguma falta de informação específica sobre o VIH/SIDA na população HSH impossibilitando desta forma, a caracterização da problemática, a reflexão e compreensão do que está a acontecer, a maioria da equipa reforçou que uma das grandes potencialidades do projecto europeu SIALON II é a oportunidade de obter dados científicos que podem vir a ser comparados com os resultados dos outros países parceiros.

“O ponto forte é efectivamente a recolha de dados.”(T1)

“Começar a tirar uma foto do que se passa para ir montando o filme e acompanhar a evolução (...)”(A)

Um dos principais objectivos do projecto é a criação e manutenção de um quadro de análise de dados bio-comportamentais a nível europeu. Assim, a recolha de dados na zona de implementação das actividades, Lisboa e Península de Setúbal, dará a possibilidade de conhecer um pouco da realidade local e, posteriormente, a comparação com os dados internacionais poderá dar algumas pistas sobre a homogeneidade e heterogeneidade da comunidade de HSH em relação aos seus comportamentos e às necessidades de prevenção.

Outro dos pontos fortes indicado foi a utilização de metodologias de investigação inovadoras, neste caso o TLS, que criam a oportunidade de chegar mais próximo de uma população que, normalmente, é de difícil acesso e que de outra maneira ter-se-ia de esperar pela predisposição dos indivíduos para a recolha de informação. As

equipas de investigação também acabam por ser impulsionadas a sair para o terreno e trabalhar em contextos pouco explorados até agora e repensar o que se tem feito.

“Comecei a valorizar a capacidade de ir para o terreno, trabalhar em contextos que não nos são muito naturais, nós não estamos habituados a abordar pessoas fora da nossa zona de conforto (...)” (C1)

O facto de ser um projecto internacional, abre as portas para que as equipas de investigação nestas áreas possam aprender com os parceiros internacionais mais experientes e demonstrar trabalho e interesse junto de organizações/instituições de grande credibilidade não só a nível nacional, mas também internacional.

“(...) é um projecto internacional, com vários parceiros internacionais e onde alguns têm experiência em projectos com esta população e temática, portanto é enriquecedor e o projecto só sai a ganhar com esta partilha de experiências entre os vários parceiros.” (C2)

Outro ponto forte relatado foi a integração da componente de investigação e de prevenção num só projecto possibilitando que os membros da comunidade se comecem a habituar e a consciencializar que estes momentos de estudo são fundamentais e que devem ser regulares para que se possam repensar as intervenções na comunidade com uma base científica que sustente a tomada de decisão e as torne mais eficazes e adequadas às necessidades da população.

O envolvimento de organizações de intervenção comunitária é utilizado não só para facilitar a articulação entre a comunidade local e a academia, mas também para proporcionar a divulgação de serviços que nem sempre os indivíduos conhecem. O CheckPointLx é um dos parceiros deste projecto e esta foi uma oportunidade de se aproximar da comunidade HSH e promover a realização do teste às ISTs, informação sobre os comportamentos de risco, uso do preservativo, entre outros.

Os intervenientes, quando questionados sobre as principais fragilidades da implementação do projecto focaram novamente, na maioria, a falta de financiamento. É de salientar que um dos entrevistados não conseguiu identificar uma fragilidade até ao momento, mas referiu que vê as dificuldades como desafios.

Alguns dos responsáveis que articularam com os proprietários dos espaços de encontro gay justificam a pouca adesão e, consequentemente, um número reduzido de espaços a participar no estudo, com a falta de abordagem ao tema do VIH dentro da comunidade e com a pouca ou nenhuma tradição de envolver os HSH em projectos de investigação e intervenção.

“(...) este pedido para participarem nestes estudos foi um bocadinho inesperado, não há tradição (...)”(C1)

A questão do duplo preconceito e estigma face à homossexualidade e ao VIH também foi levantada para explicar as reticências que muitos proprietários e indivíduos que são convidados a participar no estudo colocam, uma vez que quando as pessoas são abordadas para recolha de amostra biológica surge o receio de serem identificadas pelo seu ADN e recusam participar.

“Isto é uma população com características específicas que passa despercebida e muitas vezes até quer passar despercebida (...)”(A)

“Quando falamos em recolha de uma amostra biológica as pessoas pensam logo no CSI e pensam que podem ser identificadas pelo ADN e recusam!”. ”(T2)

Em termos metodológicos, a principal fragilidade apontada foi o questionário ser longo tendo em conta o contexto em que é aplicado. Se por um lado os indivíduos que frequentam os cafés, bares e discotecas gay vão a estes locais para relaxar e descontrair e o questionário demora algum tempo a responder. Por outro lado, os frequentadores das saunas e espaços de cruising vão com um determinado propósito e a aplicação do questionário e recolha de amostra biológica nem sempre é oportuna.

A componente de investigação do projecto implica que sejam aplicados 400 questionários e recolhido o mesmo número de amostras biológicas para teste ao VIH. Na opinião de um dos intervenientes, a imposição de um número para a recolha de informação limita a oportunidade de conseguir chegar ao resto da população não só para conseguir informação para chegar a uma caracterização da comunidade, mas também aproveitar para promover uma campanha de promoção do rastreio às ISTs e fazer encaminhamento para os serviços de saúde.

4.3. Articulação entre o contexto e a lógica da intervenção

Após ter sido feita a referência ao contexto e à coerência lógica do projecto iremos apresentar uma breve análise de implantação do tipo 1 com base na informação recolhida no âmbito das entrevistas aos intervenientes, nomeadamente, referente ao contexto da problemática, factores do contexto que podem vir a influenciar o desenvolvimento das actividades e qual o impacto que se espera que o projecto tenha no seio da comunidade HSH.

Com base na ilustração da figura 6, a análise de implantação permite reunir um conjunto de factores que podem influenciar os resultados obtidos após a operacionalização de actividades, no âmbito de uma intervenção num determinado contexto (Champagne et al, 2011).

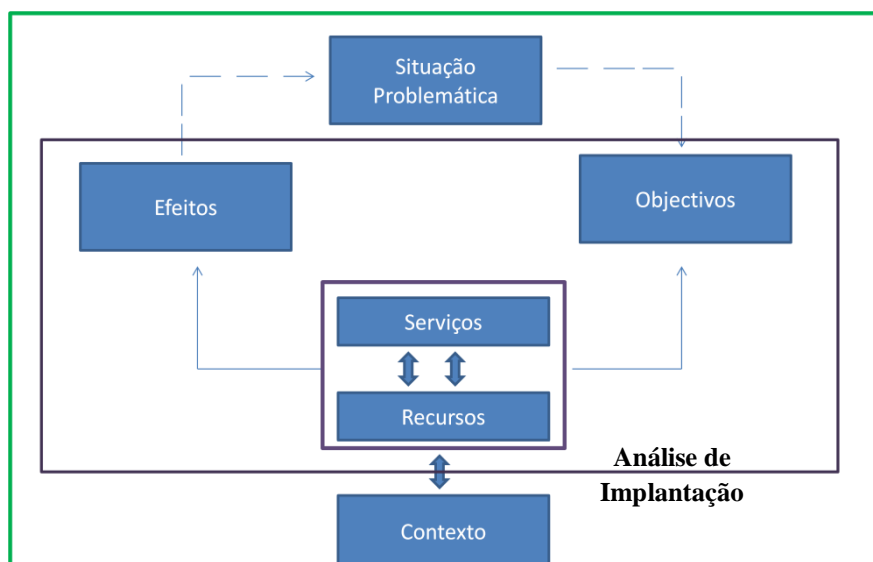


Figura 6 - Componentes da Intervenção – Análise de Implantação
Fonte: Contandriopoulos et al., 2011

Em relação à problemática do VIH/SIDA na população HSH, em Portugal, para todos os entrevistados está claro que existe um problema sério em relação à infecção do VIH na população de homens que tem sexo com homens e que, efectivamente permanece uma real necessidade de se estudar esta comunidade ao nível dos seus comportamentos, práticas e atitudes.

“A situação do VIH e das doenças sexualmente transmissíveis é um problema sério na comunidade dos homens que têm sexo com homens.” (A)

É unânime a ideia de que é fundamental que se desenvolva mais investigação no âmbito desta problemática com o intuito de dar início à criação de uma base de conhecimento, capaz de sustentar o planeamento de intervenções adequadas às necessidades da população HSH.

“Sabemos pouco sobre esta população. Precisamos de saber onde está a infecção e que comportamentos estão a acontecer.”(C1)

“Acho que há uma normalização estereotipada se calhar desta questão de ter sexo homens com homens, faz falta perceber quem são estas pessoas e quais são as práticas que estão associadas.”(T2)

“Nós procuramos estudar exactamente o que se passa porque apesar de sermos da área comunitária, sempre gostamos de defender intervenções com base científica e do conhecimento.”(A)

Alguns dos intervenientes complementaram a ideia de criar uma base científica com a necessidade de se obterem dados fiáveis e rigorosos que permitam o cálculo da taxa de incidência e prevalência da infecção do VIH, de forma a que as intervenções sejam definidas tendo em conta a sua dimensão na comunidade.

“(...) se tivermos uma prevalência de 5%, o tipo de intervenções que tivermos de fazer e o tipo de investimento é muito diferente se tivermos uma prevalência de 15%.”.(A)

Ora, se os estudos têm demonstrado que os gays têm um grande conhecimento sobre as formas de transmissão e protecção das ISTs e se ao mesmo tempo as infecções continuam a subir é porque algo está a escapar e as intervenções têm de ser cada vez mais adequadas à realidade.

“Existe um aumento de infecções por via homossexual, se calhar nos anos 80 podíamos falar da questão do desconhecimento do que era a doença, qual a prevenção, como nos podíamos proteger...hoje já sabemos isso.”(C2)

Dada a existência de uma problemática surge a questão da intervenção. Na opinião dos entrevistados, em termos de intervenção junto da comunidade HSH em Portugal existe um atraso em relação a outros países europeus, uma vez que não existe

uma estratégia de intervenção nacional direccionada especificamente para este tipo de população. O discurso de um dos intervenientes acrescenta que não existe investimento interno nesta problemática por não ser considerada uma prioridade na agenda política.

“Em relação às intervenções em homens que têm sexo com homens Portugal tem um atraso considerável porque nunca se fez nada relacionado com esta população.”(C1)

Quando questionados sobre o que deveria ser feito em termos de intervenção na temática do VIH e as outras ISTs junto dos HSH as respostas seguem o mesmo sentido de preocupação e necessidade em conhecer mais e melhor a problemática nesta população, uma vez que as intervenções já realizadas são meramente pontuais e não decorrem de uma estratégia e a maior parte das vezes são muito gerais e não direccionadas para determinados grupos de risco.

“As questões das ISTs estão completamente por resolver.”(C1)

“Falta fazer quase tudo.”(T1)

Um dos técnicos focou a sua resposta na prevenção que, na sua opinião, se encontra esquecida e longe das gerações mais novas que devido ao fácil acesso às mais variadas fontes de informação, muitas das vezes, pensam que sabem tudo e depois tal não se verifica.

“(…) sair um bocadinho do velho do Restelo do preservativo que é assim o eldorado, a pílula milagrosa que resolve tudo, quando não é!” (T2)

O que se tem verificado, segundo os entrevistadores, é que existe alguma dificuldade por parte da comunidade LGBT em assumir que o VIH é um problema de saúde sexual e que ao não haver a abertura suficiente para se falar sobre o assunto, torna-se mais difícil conhecer e controlar a infecção. Neste sentido, a maior parte concorda que é fundamental melhorar a informação na tentativa de reduzir o estigma em relação aos indivíduos seropositivos.

É unânime de que uma das estratégias para combater o número de infecções é que as intervenções devem apostar na promoção do teste como prevenção, não só

através da sua realização de forma periódica, mas também complementada com aconselhamento profissional.

“A estratégia de promoção do teste só faz sentido se for feita com a comunidade e não para a comunidade.”(C2)

“Promove-se o preservativo mas ele só é eficaz se for usado.”(A)

Um dos grandes desafios apontados pelos entrevistados passa por trabalhar com uma população sobre uma questão que é fortemente estigmatizante, por isso, é importante ir ao encontro da comunidade HSH para começar a ganhar a sua confiança porque normalmente existe pouca predisposição para colaborarem nos estudos.

Dois dos entrevistados referiram a questão da, aparente falta de interesse por parte das entidades de saúde em informar abertamente a população do seu direito de acesso à profilaxia uma vez que esta só se encontra disponível nos respectivos serviços de saúde para todos os seus profissionais em caso de acidente.

“No GAT e no Checkpoint há uma divulgação bastante activa da profilaxia, mas se a maioria das pessoas não sabe que ela existe e está disponível para todos (...).(C1)

Em relação à pertinência das actividades face à problemática em contexto nacional, na perspectiva dos colaboradores, estas são pertinentes na medida em que “obriga” as equipas de intervenção a ir ao encontro das pessoas da comunidade. A recolha de informação é feita através de métodos comuns nos vários tipos de locais onde os membros da comunidade se encontram, evitando ter de esperar pela motivação e interesse da população-alvo para se dirigir a determinados locais para participarem no estudo.

Influência de factores do contexto

Uma vez que os intervenientes do projecto são profissionais que trabalham no seu dia-a-dia no âmbito da problemática do VIH, procuramos saber junto destes, quais os factores do contexto que podem vir a influenciar a implementação do projecto na região de Lisboa e Península de Setúbal, justificando as diferenças observadas entre o que estava planeado e o que realmente decorreu (Champagne et al, 2011).

Um dos factores mais referido diz respeito às mentalidades que ainda se mostram muito fechadas, a existência do preconceito e do estigma. Estas questões alicerçadas à escassez de campanhas de sensibilização específicas para problemática do VIH no seio da comunidade homossexual, acabam por dar origem a comportamentos e posturas de resistência à informação e dificultar a recolha de dados.

“As pessoas tendem a pensar que sabem tudo quando não sabem.”(C2)

“As opiniões são muitas vezes condicionadas pelo que os outros dizem.”(C2)

A par desta realidade, um dos entrevistados, admite que hoje existe uma maior abertura para aceitar um projecto desta índole em território nacional, uma vez que há uns anos atrás seria muito mais difícil encontrar, por exemplo, um técnico que se assumisse gay e que aceitasse colaborar neste projecto.

Outro dos factores enunciados pela maioria dos intervenientes vai ao encontro da questão das mentalidades e do preconceito que podem justificar a não aceitação e pouca receptividade por parte, não só da comunidade, mas também dos proprietários dos locais de encontro gay que são fundamentais para a recolha dos dados.

Sem a aceitação e cooperação dos proprietários dos locais de encontro gay identificados na área de estudo, grande parte do trabalho acaba por ficar comprometido uma vez que a recolha da informação está definida para ser feita em locais comerciais ou não comerciais onde a comunidade gay se costuma encontrar.

Na área de estudo, foram identificados cerca de 32 locais como potenciais parceiros para a recolha de dados e desse total, apenas 10 proprietários aceitaram receber nos seus espaços as equipas de campo para a colheita de informação.

No campo da metodologia do projecto, as opiniões divergem, pois se para um dos intervenientes, a metodologia TLS acaba por facilitar o contacto com a população uma vez que se vai a locais onde as pessoas se sentem bem e estão num ambiente relaxado, para outro, a mesma pode dificultar a obtenção da informação dado que as pessoas estão em determinados locais para descontrair, conviver, “esquecer os problemas” e podem não querer falar de um assunto tão importante e melindroso como é o do VIH.

“Nos locais de encontro como os bares, etc. podemos conversar porque as pessoas estão num sítio onde se sentem confortáveis (...).”(C2)

Outro factor abordado por parte dos participantes foi a existência de uma única unidade especializada em doenças sexualmente transmissíveis, localizada na zona da Lapa, para servir todo o país, demonstrando a falta de uma estrutura no Serviço Nacional de Saúde (SNS) direccionada para as questões da saúde sexual, principalmente, para as populações de risco. Neste âmbito, o encaminhamento e acompanhamento especializado dos casos reactivos para o teste ao VIH pode estar comprometido.

“Na Lapa existe uma unidade de doenças sexualmente transmissíveis que faz um bom trabalho, mas é a única do país (...).”(C1)

Numa perspectiva pós-projecto, a administração mostrou-se preocupada com os factores que podem vir a dificultar o desenvolvimento prático das recomendações que surgirem dos resultados e do conhecimento obtido. Não vão existir recursos humanos e financeiros para responder às necessidades identificadas e não vai ser possível avançar com estratégias adaptadas à realidade e com a definição de processos de monitorização do impacto das campanhas de sensibilização.

Existe uma dificuldade de liderança política e de recursos que poderá vir a agravar o problema por falta de investimento nas populações mais vulneráveis como o caso dos imigrantes, consumidores de drogas, trabalhadores do sexo e homens que têm sexo com homens.

“Numa situação de crise, temo que se deixe de investir nos mais vulneráveis.”(A)

Impacto do projecto na comunidade HSH

As expectativas de impacto do projecto na comunidade HSH na área onde vão decorrer as actividades complementam-se entre os entrevistados, ao existir uma séria preocupação em relação à forma de como é que os resultados do estudo podem e devem chegar à comunidade e o que fazer se esta não estiver interessada e receptiva em obter a informação que resultou do estudo.

“(...) os que fazem ciência têm dificuldade em transmitir para a comunidade o que foi feito e por outro lado a comunidade pode não estar receptiva e interessada em saber o que se fez.”(C2)

Mais uma vez a metodologia TLS foi referida para explicar que o envolvimento da população é importante para criar uma rede de sensibilização e contacto mais próximo e intenso entre a comunidade, os serviços como, por exemplo, o CheckPointLx, e a academia na figura dos investigadores. Assim, espera-se que a comunicação entre as partes interessadas seja mais fácil ao ponto de fazer com que a comunidade HSH se aperceba da importância dos estudos para abordar uma temática que não lhes é totalmente desconhecida, mas sim estigmatizada e evitada.

“Espero que a comunidade perceba a importância de obter dados de comportamento para o seu bem estar e promoção da sua saúde.”(C2)

“(...) desmistificar o acto de fazer o teste ao VIH.”(T2)

Outro dos principais objectivos em termos de impacto na comunidade relatados pelos entrevistados é que se consiga começar a mudar as mentalidades e que, a longo prazo os indivíduos encarem o acto de fazer o teste ao VIH com naturalidade e de forma regular, pelo menos de 6 em 6 meses. A democratização do teste poderá diluir o estigma e evitar que muitas questões como, por exemplo, a garantia de confidencialidade e anonimato dos processos sejam um dos factores impeditivos de um controlo mais frequente.

5. Discussão e Conclusões

O presente trabalho, no âmbito da avaliação de intervenções em saúde, assumiu como principal objectivo a realização de um estudo de avaliabilidade do projecto europeu “Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre homens que têm sexo com homens – SIALON II”, estudo de caso na região de Lisboa e Península de Setúbal.

A partir do estudo de avaliabilidade foi possível fazer uma caracterização do contexto onde as actividades estão a decorrer – análise de contexto – através da construção do modelo lógico conseguiu-se representar graficamente os recursos, as actividades, os produtos e os resultados intermédios e finais – análise lógica.

O desenvolvimento deste trabalho decorreu a partir de uma abordagem qualitativa, obtendo a informação necessária através das técnicas de recolha de dados de análise documental e realização de entrevistas semiestruturadas a um grupo de membros da equipa de implementação do projecto em Portugal.

A documentação que serviu de base para a construção do modelo lógico faz parte do documento de candidatura a financiamento para a obtenção de fundos próprios para a sustentabilidade do projecto, para que Portugal fosse integrado no conjunto de parceiros europeus como parceiro a custo zero. A respectiva análise permitiu a identificação dos objectivos, recursos, actividades, produtos, resultados esperados intermédios e finais do projecto.

Indo ao encontro de uma das recomendações da ONUSIDA para a estruturação de avaliação das intervenções em VIH procedeu-se à construção do modelo lógico do projecto (UNAIDS, 2009), por meio do estudo de avaliabilidade. Neste conseguiu-se compilar e articular as 4 principais fases do projecto, nomeadamente: a primeira com actividades relacionadas com a respectiva gestão e administração; uma segunda fase mais focada para a promoção do projecto junto dos parceiros sociais e população-alvo e posterior disseminação dos resultados das actividades; a terceira e quarta fase complementam-se na medida em que as tarefas relacionadas com a vigilância epidemiológica vão decorrer paralelamente com a realização de actividades de

prevenção do VIH/SIDA junto dos HSH. Segundo os intervenientes aos quais o modelo lógico foi apresentado, este estava elaborado de forma coerente e lógica.

Para a análise de contexto foram utilizados dados secundários já recolhidos no âmbito da fase de pesquisa formativa. Desta análise pôde-se concluir que a par dos dados que indicam o aumento anual do número de novos casos de VIH em indivíduos HSH, pouco se tem feito ao nível de intervenção desta problemática não só no sentido de obter informação que caracterize esta população ao nível dos conhecimentos, atitudes, práticas e comportamentos, como também na questão da prevenção do VIH/SIDA e outras ISTs.

Do que se tem feito em termos de recolha de dados e prevenção junto dos HSH, a maioria das iniciativas surgem de organizações como são os casos do GAT, da ILGA Portugal e do projecto CheckPointLx que desenvolvem o seu trabalho junto da comunidade homossexual, que levam a cabo acções pontuais de promoção do teste ao VIH, distribuição de preservativos e folhetos informativos e promoção do rastreio de ISTs uma vez que não existem orientações clínicas para o controlo das ISTs, principalmente junto de indivíduos seropositivos e HSH e porque só existe, em todo o país, uma unidade de saúde com especialidade em doenças sexualmente transmissíveis.

Outro ponto que se reteve da análise de contexto está relacionado com o contexto legislativo nacional e com a questão do estigma e preconceito, uma vez que apesar da Constituição de 1975 reforçar que a pessoa não deve ser discriminada pela sua orientação sexual e que, perante a lei, as relações homossexuais e o respectivo casamento são aceites, o facto é que ainda existe muito preconceito e estigma relacionado com esta opção sexual e que se torna em duplo preconceito se lhe juntarmos o problema do VIH.

Tal como refere Rugg et al (2004), o VIH/SIDA é um problema com características muito próprias e complexas e se a esta se juntar o estigma e preconceito envolto da questão da homossexualidade que faz parte do historial de origem e disseminação do VIH/SIDA, é fundamental ser-se muito cuidadoso na altura de planear intervenções nesta problemática.

Em Portugal, o estigma e preconceito ainda está presente na problemática do VIH em HSH, por isso, ainda não se conseguiu ultrapassar suficientemente esta questão, de forma a conseguir criar uma cultura de intervenção frequente neste âmbito, podendo ser este um dos factores que permitem justificar a não aceitação em participar no estudo por parte de alguns proprietários dos locais de encontro gay. Na fase de avaliação do projecto europeu, talvez fosse pertinente saber que razões motivaram os proprietários a não aceitar participar no estudo.

Em termos de análise lógica, no geral, o *feedback* dos intervenientes em relação à representação gráfica do projecto - o modelo lógico – apesar de este ser complexo, foi de consenso em relação à apresentação e articulação das várias componentes com as actividades e respectivos resultados imediatos e finais do projecto.

Da validação do modelo lógico através da realização de entrevistas a 5 intervenientes do projecto ficou a ideia de que, apesar dos problemas de recursos financeiros e sobrecarga de trabalho para a maioria dos elementos da equipa, esta demonstrou estar a trabalhar numa direcção convergente para os objectivos propostos.

Quanto aos recursos alocados para o desenvolvimento das actividades, estes na opinião dos entrevistados não são os suficientes, pois muito do trabalho está a decorrer sustentado essencialmente pela motivação, interesse e profissionalismo da equipa que a par dos fracos recursos financeiros encara os obstáculos como desafios e em conjunto tentam dar a volta ao problema com as soluções possíveis.

Uma vez que foram colocadas questões relativamente à insuficiência dos recursos para o desenvolvimento das actividades, não se pode deixar de referir a importância da sustentabilidade. Esta passa muito pela relação que o projecto estabelece com os parceiros e com a comunidade, dando-lhes oportunidade de participarem na elaboração e definição dos projectos, contribuindo para a sua manutenção após o fim da atribuição de recursos por parte das entidades financiadoras.

Com base na teoria de Worthen, Sanders e Fitzpatrick (1997) pediu-se aos entrevistados que identificassem as potencialidades e as fragilidades do projecto, demonstrando em que medida é que os resultados podem vir a ter influência na melhoria das políticas, práticas e decisões para a sociedade.

Em relação às potencialidades e fragilidades deste projecto, também aqui se verificou a convergência de respostas, uma vez que os intervenientes vêem neste projecto mais uma oportunidade de obter evidência científica que permite conhecer melhor a população e assim gerar conhecimento que sustente a elaboração de teorias que facilitem a compreensão do problema na área de estudo como refere Potvin et al (2001). A evidência científica também permitirá uma melhor adequação das intervenções futuras à população-alvo, mas também a comparação dos dados bio-comportamentais tanto num âmbito mais nacional como também internacional.

Outro dos benefícios apontados por um dos intervenientes para a recolha de informação relativamente aos comportamentos, conhecimentos e atitudes da população HSH face ao VIH/SIDA é, a possibilidade de conhecer a dimensão do problema na comunidade e, desta forma, conseguir determinar as prioridades ao nível da intervenção nesta população tal como recomenda a UNAIDS (2008a).

Quanto às fragilidades, as que mais se destacaram, para além da escassez de financiamento, foi a pouca adesão dos proprietários dos estabelecimentos em participar no projecto. Inerente a esta falta de predisposição coloca-se a questão da falta de sensibilização e envolvimento da comunidade no processo de planeamento e execução de intervenções na problemática do VIH/SIDA junto dos HSH talvez porque esta demonstre pouca abertura para falar abertamente sobre os problemas de saúde sexual.

Da análise de implantação do tipo 1 ficaram as opiniões dos entrevistados em relação aos factores do contexto que podem influenciar a implementação do projecto e o impacto que esperam que este tenha junto da comunidade HSH.

Na questão dos factores do contexto que podem influenciar a implementação do projecto, mais uma vez foi referida a fraca adesão dos proprietários em participar e o facto de as mentalidades ainda estarem muito fechadas devido à existência do duplo preconceito e estigma face à homossexualidade e ao VIH/SIDA.

A situação da crise económico-financeira pela qual o país está a atravessar também foi mencionada como factor que pode influenciar, não a fase de implementação das actividades mas sim a fase do pós-projecto uma vez que as recomendações deixadas

podem não ser utilizadas na prática para ajudar na melhoria de intervenções futuras. Também ficou a preocupação de que o investimento na saúde, nomeadamente, das populações mais vulneráveis seja colocado em causa.

Ao nível do impacto, espera-se que se consigam estreitar as relações e a comunicação entre os membros da comunidade, os serviços disponibilizados pelas organizações e os investigadores para que os estudos e as campanhas de prevenção possam ser vistas como acções normais e importantes para o conhecimento e melhoria da qualidade das intervenções em saúde. Posteriormente, o impacto das intervenções pode ser avaliado, segundo Bertrand e Solís (2004) ao nível da população de forma a saber se a intervenção foi eficaz ao ponto de levar à mudança de comportamentos na população-alvo

Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, o número e tipo de intervenientes entrevistados. Dado que a tese começou a ser elaborada numa fase em que as equipas do projecto ainda não estavam no terreno a contactar directamente com os participantes, não foi possível envolvê-los neste trabalho, mas fica em aberto a oportunidade de ter um *feedback* da sua participação e a dos proprietários dos locais de encontro gay.

Apesar das limitações apresentadas e de outras que podem surgir, este estudo foi mais um pequeno passo para demonstrar a utilidade de conhecer a realidade e envolver os intervenientes dos projectos na sua avaliação. A experiência profissional, o tipo de função no âmbito do projecto, a percepção que têm da realidade e a predisposição que têm para actuar sobre o problema fazem com que cada elemento que contribui para a operacionalização das actividades tenha uma expectativa e perspectiva diferente sobre o projecto.

Pegando na frase da *epígrafe*, a par dos fármacos que podem ser tomados para atenuar e retardar as consequências da doença, recordando o que um dos participantes deste estudo disse em relação ao VIH “(...) *já não é como há uns anos atrás em que se viam as pessoas a morrer todos os dias, mas mesmo assim é um peso enorme que as pessoas carregam. Sendo assim temos que encontrar uma solução para isto.*”, é

possível viver melhor, mas a solução deve passar pela promoção e respectiva avaliação de campanhas de prevenção adequadas à população-alvo.

A avaliação de projectos de intervenção em saúde deve tornar-se um processo interactivo em que se potencie e promova o diálogo entre os vários profissionais intervenientes nas actividades para uma partilha de ideias, expectativas, experiências e conhecimento que possa enriquecer todo o processo.

Recomendações

Os resultados observados neste estudo e a análise do discurso dos intervenientes entrevistados permitiram a elaboração das seguintes recomendações com o intuito de alertar para a importância da temática da avaliação e para melhorar o planeamento de futuros projectos.

1. No âmbito do projecto, seria interessante perceber quais as razões que levaram os proprietários dos estabelecimentos comerciais e não comerciais de encontro gay a não terem aceite participar no estudo;
2. Na área da avaliação, dever-se-ia apostar num sistema de avaliação contínua dos projectos para a detecção precoce das incoerências entre a problemática, as actividades planeadas e as características da população-alvo, permitindo o ajuste do plano durante o seu ciclo de vida;
3. Investir na avaliação de impacto que as intervenções têm junto da comunidade tentando obter o *feedback* de como é que as actividades foram aceites, demonstrando interesse em conhecer o ponto de vista dos membros da população face à intervenção, para zelar a qualidade das campanhas de prevenção;
4. Investir na reavaliação dos recursos alocados para os projectos, uma vez que as instituições e as respectivas equipas comunitárias são fundamentais para a execução das actividades, pois estas conseguem chegar à população com mais facilidade, e na maioria das vezes têm de fazer muitos esforços para obter os seus próprios fundos que lhes permitem sustentar a participação em projectos de interesse para uma melhor intervenção junto de populações de difícil acesso;

5. Manter as parcerias com as organizações que intervêm na comunidade de modo a facilitar a recolha de informação;
6. Promover o envolvimento das equipas de intervenção e membros da comunidade - *empowerment* da comunidade - nos processos de avaliação, questionando-as sobre o que acharam das actividades e envolvê-las na definição de recomendações de melhoria para os futuros projectos, para que se sintam integradas, comprometidas e responsáveis;
7. Propor a criação de uma estrutura de acompanhamento especializado em infecções sexualmente transmissíveis em mais pontos da região de Lisboa e Península de Setúbal, uma vez que a existência de uma só unidade na Lapa pode ter influência na falta de abertura para se falar sobre saúde sexual, principalmente, junto da população HSH.

Para concluir, este estudo possibilitou uma experiência sobre a avaliação de um projecto europeu inovador que veio desafiar as práticas das equipas de investigação e intervenção ao nível da procura e recolha de informação. A reflexão em relação ao futuro deste tipo de projectos passa pela sensibilização da comunidade HSH para a importância do conhecimento da problemática do VIH/SIDA e pela sustentabilidade financeira e política para continuar a trabalhar em prol da prevenção e vigilância epidemiológica.

6. Referências bibliográficas

Balbach, E. D., 1999. *Using Case Studies to do Program Evaluation*. [pdf] Disponível em <<http://www.case.edu/affil/healthpromotion/ProgramEvaluation.pdf>> [Acedido a 11 de Fevereiro de 2013].

Bardin, L., 2009. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bertrand, J. T. e Solís, M., 2004. *Evaluating HIV/AIDS Prevention Projects: Manual for Nongovernmental Organizations*. North Carolina: Carolina Population Center, University of North Carolina.

Carmo, H. e Ferreira, M. M., 1998. *Metodologias da Investigação – Guia para Auto-Aprendizagem*, Lisboa: Universidade Aberta.

Carvalho, D. S. C. e Novaes, H. M. D., 2004. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), pp. S220-S230.

Cazarin, G., Mendes, M. F. M. e Albuquerque, K. M., 2010. Perguntas Avaliativas. In: I. Samico, E. Felisberto, A. C. Figueiró e P. G. Frias, orgs. *Avaliação em saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Editora MedBook.

Centers for Disease Control and Prevention, 1999. *Framework for program evaluation in public health*. [e-book] Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr4811.pdf>> [Acedido a 12 de Setembro de 2012].

Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A. P. e Denis, J. L., 2011. A Análise da Implantação. In: A. Brousselle, F. Champagne, A. P. Contandriopoulos e Z. M. A. Hartz, org. 2011. *A Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Comissão das Comunidades Europeias de 26 de Outubro de 2009 Luta contra o VIH/SIDA na União Europeia e nos países vizinhos 2009-2013.

Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L. e Pineault, R., 2011. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: A. Brousselle, F. Champagne, A. P. Contandriopoulos e Z. M. A. Hartz, org. 2011. *A Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

European Centre for Disease Prevention and Control, 2012. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2011*, Surveillance report. [pdf] Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. Disponível em:< <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/20121130-annual-hiv-surveillance-report.pdf>> [Acedido a 10 de Março de 2013].

European Centre for Disease Prevention and Control, 2013a. *Reporting on 2010 surveillance data and 2011 epidemic intelligence data*, Annual epidemiological report 2012. [pdf] Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. Disponível em:< <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/annual-epidemiological-report-2012.pdf>> [Acedido a 10 de Março de 2013].

European Centre for Disease Prevention and Control, 2013b. STI and HIV prevention in men who have sex with men in Europe. [pdf] Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. Disponível em:< <http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/sti-hiv-prevention-msm-in-europe-21-feb-2013.pdf>> [Acedido a 10 de Março de 2013].

Feliciano, K. V. O., 2010. Abordagem Qualitativa na Avaliação em Saúde. In: I. Samico, E. Felisberto, A. C. Figueiró e P. G. Frias, orgs. *Avaliação em saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Editora MedBook.

Figueiró, A. C., Frias, P. G. e Navarro, L. M., 2010. Avaliação em Saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: I. Samico, E. Felisberto, A. C. Figueiró e P. G. Frias, orgs. *Avaliação em saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Editora MedBook.

Fortin, M. F., 2009. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Porto: Editora Lusodidacta.

Fundación W. K. Kellog, 2001. *Guía de Desarrollo de Modelos Lógicos*. [e-book] Michigan: Fundación W. K. Kellog. Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/Prevencao/Documents/PIF/guia_ml_es.pdf> [Acedido a 15 de Setembro de 2012].

Instituto Nacional de Estatística, 2012. *Censos 2011 Resultados definitivos – Região Lisboa*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística, 2013. *Boletim Mensal de Estatística – Julho de 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2013. *Infecção VIH/SIDA : A situação em Portugal – 31 de Dezembro de 2012*. Lisboa: Departamento de Doenças infecciosas – Unidade de referência e vigilância epidemiológica.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2008a. *A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations*. Genebra: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2008b. *Report on the global AIDS Epidemic*. Genebra: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2009. *Guidance of developing terms of reference for HIV prevention programmes*. Genebra: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

Laperrière, H., Potvin, L. e Zúñiga, R., 2012. A sócio-political Framework for evaluability assessment of participatory evaluations of partnerships: Making sense of the power differentials in programs that involve the state and civil society. *Evaluation*, 18(2), pp. 246-59.

Martins, H.C., 2013. *Infecção VIH e SIDA em homens que têm sexo com homens em Portugal (1983-2012): caracterização dos casos notificados*. Lisboa: Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge.

Martins, H.C., Kislaya, I. e Nunes, B., 2013. Evolução temporal da idade à data de diagnóstico de infecção VIH/SIDA em Portugal: 1983-2012. *Boletim Epidemiológico Observações*, 2(4), pp. 2-5.

Mauch, S., 2009. *Situational Assessment of the HIV/AIDS – Notification System: A Portuguese Experience*, National Coordination for HIV Infection.

Medeiros, P. F. P., Bezerra, L. C. A., Santos, N. T. V. e Melo, E. O., 2010. Um estudo sobre a avaliabilidade do programa + vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife. *Revista brasileira de saúde materna infantil*, Novembro, 10 (supl 1), pp. S209-S217.

Mendes, M. F. M., Cazarin, G., Bezerra, L. C. A. e Dubeux, L. S., 2010. Avaliabilidade ou Pré-avaliação de um programa. In: I. Samico, E. Felisberto, A.C. Figueiró e P.G. Frias, orgs. *Avaliação em saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Editora MedBook.

Ministério da Saúde, 2011. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH e sida 2011-2015*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Oliveira, L. G. D., Natal, S., Felisberto, E., Alves, C. K. A. e Santos, E.M., 2010. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. *Ciência e Saúde Colectiva*, Junho, 15(supl 1), pp. 997-1008.

Patton, M. Q., 1997. *Utilization-Focused Evaluation*. California: SAGE Publications.

Potvin, L., Haddad, S. e Frohlich, K., 2001. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett e E. Ziglio, eds. 2001. *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. Copenhagen: World Health Organization.

Quivy, R. e Campenhoudt, L.V., 2005. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Editora Gradiva.

Rivett, D., Breveglieri, M., Furegato, M., Benvenuti, S. e Mirandola, M., 2010. *Policy Brief - The SIALON Project's objectives are to obtain reliable and valid information on*

HIV and syphilis prevalence, to study sexual behaviour risk patterns and identify the determinants of VCT access among Men who have Sex with Men (MSM). Disponível em:

< http://www.sialon.eu/data2/file/57_D10%20-%20POLICY%20BRIEF_definitive.pdf> [Acedido a 25 de Julho de 2012].

Rossi, P. H., Lipsey, M. W. e Freeman, H. E., 1993. *Evaluation – A systematic approach*. California: SAGE Publications.

Rugg, D. e Mills, S., 2001. Development of an Integrated Monitoring and Evaluation Plan. In: T. Rehle, T. Saidel, S. Mills, e R. Magnani, eds. *Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries*. Arlington, Va.: Family Health International.

Rugg, D., Carael, M., Boerma, J. T. e Novak, J., 2004. Global Advances in Monitoring and Evaluation of HIV/AIDS: From AIDS Case Reporting to Program Improvement. In: D. Rugg, G. Peersman e M. Carael, eds. *Global Advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation*. Hoboken, NJ: New Directions for Evaluation.

Samico, I., Figueiró, A. C. e Frias, P. G., 2010. Abordagens Metodológicas na Avaliação em Saúde. In: I. Samico, E. Felisberto, A.C. Figueiró e P.G. Frias, orgs. *Avaliação em saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Editora MedBook.

Scriven, M., 1967. The methodology of evaluation. In: R. W. Tyler, R. M. Gagné e M. Scriven, ed. *Perspectives of curriculum evaluation*. Chicago: Rand-McNally, pp. 39-83.

SIALON II, 2013. *Conceptual Framework*. [online] Disponível em <<http://www.sialon.eu/en/projects/conceptual-framework.html?id=73>> [Acedido a 13 de Julho de 2013].

Silva, L. M. V., 2012. *Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde*. Unidade Curricular de Avaliação de Intervenções de Promoção de Saúde, Material de aula, 2º Semestre, 2012, Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

Swedish Institute for Communicable Disease Control, 2011. *The Future of European Prevention among MSM*. Stockholm, Sweden 10-11 November 2011.

The Health Communication Unit at the Centre for Health Promotion – University of Toronto, 2001. Logic Models Workbook. [e-book] Toronto: The Health Communication Unit. Disponível em: <
http://www.thcu.ca/infoandresources/planning_resources.htm#tp> [Acedido a 12 de Setembro de 2012].

Thurston, W. E. e Ramaliu, A., 2005. Avaliação da avaliabilidade de um programa para sobreviventes de tortura: lições aprendidas. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 20(2), pp. 1-25.

Thurston, W. E. e Potvin, L., 2003. Evaluability Assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programmes. *Evaluation*, 9(4), pp.453-69.

Trevisan, M. S. e Huang, Y. M., 2003. Evaluability assessment: a primer, *Practical Assessment, Research & Evaluation*, [online] Disponível em:<
<http://PAREonline.net/getvn.asp?v=8&n=20>> [Acedido a 11 de Fevereiro de 2013].

Uchimura, K. Y. e Bosi, M. L. M., 2002. Qualidade e subjectividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6), pp.1561-69.

Valadez, J. e Bamberger, M., 1994. *Monitoring and Evaluating Social Sector Programs in Developing Countries. A Handbook for Policy-makers, Managers and Researchers*. Washington, DC: EDI Development Studies, The World Bank.

World Bank, 2002. *Optimizing the Allocation of Resources among HIV Prevention Interventions in Honduras*. Washington, DC: World Bank.

Worthen, B. R., Sanders, J.R. and Fitzpatrick, J.L, 1997. *Program Evaluation: Alternative approaches and practical guidelines*. 2nd ed. USA: Addison Wesley Longman.


Yin, R., 1994. *Case Study Research: Design and Methods*, SAGE Publications, Thousand Oaks, California.

7. Anexos

Anexo 1 – Grelha de registo e análise de documentos

	Objectivos	Metas	Actividades	Recursos	Resultados esperados
Documento 1					
	População-alvo:				
Documento 2					
	População-alvo:				
Documento 3					
	População-alvo:				

Anexo 2 – Termo de Consentimento Informado

	<p>UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA</p> <p>INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL</p> <p>Estudo de Avaliabilidade</p> <p>Análise Lógica e de Contexto do Projecto Europeu “ Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre Homens que têm Sexo com Homens – SIALON II”. Estudo de caso na cidade de Lisboa.</p> <p>Mestranda: Cátia Filipa Alves</p> <p>Orientadora: Professora Doutora Sónia Dias</p>	
---	--	---

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÃO DE ENTREVISTAS

Lisboa, ____ de _____ de 2013

Eu _____ consinto que seja gravada a entrevista no âmbito da minha participação no estudo de avaliabilidade do Projecto Europeu “ Investigação epidemiológica e prevenção do VIH/ISTs entre Homens que têm Sexo com Homens – SIALON II”, estudo de caso na cidade de Lisboa.

É de minha livre vontade participar neste estudo e ao aceitar fazer esta entrevista nesta fase de validação do modelo lógico sei que a qualquer momento poderei cessar a minha participação. Os documentos áudio serão conservados para a elaboração da tese de mestrado da autoria da aluna Cátia Filipa da Cruz Alves, orientada pela Professora Doutora Sónia Dias e co-orientada pela Professora Doutora Zulmira Hartz, no âmbito do Mestrado em Saúde e Desenvolvimento

Sei que a informação obtida será tratada e analisada de forma confidencial e que a minha identidade não será revelada nem na tese de mestrado nem em qualquer outra circunstância, a menos que eu autorize por escrito.

Assinatura do(a) participante

Anexo 3 - GUIÕES DE ENTREVISTA - Administrador

- ✓ Agradecer a colaboração do entrevistado.
- ✓ Explicar o propósito da entrevista e apresentar os pontos a ser abordados.
- ✓ Dar para ler e assinar o termo de consentimento de informado.

PROBLEMÁTICA

1. Na sua opinião, quais as principais questões a resolver no âmbito do problema do VIH/SIDA na população de Homens que tem Sexo com Homens?
2. Em termos de intervenção, o que é que deveria ser feito junto da população HSH em relação ao VIH/SIDA e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis?

IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO EM LISBOA

3. Quais são as suas principais funções/responsabilidades no âmbito do projecto?
4. Considera que as actividades que vão ser desenvolvidas são pertinentes?
5. Os recursos financeiros, humanos e materiais disponibilizados são os suficientes para a execução das actividades?
6. Que factores do contexto actual é que podem vir a influenciar a implementação do projecto?

PONTOS FORTES, PONTOS FRACOS E RECOMENDAÇÕES

7. Que fragilidades descreve do projecto? E potencialidades?
8. Na sua opinião, o que poderia ser feito de outra forma?
9. Que impacto espera que este projecto tenha na comunidade HSH na cidade de Lisboa?
10. No geral, como avalia este projecto? Que recomendações deixa para uma melhor avaliação?

GUIÃO DE ENTREVISTA - Colaborador

- ✓ Agradecer a colaboração do entrevistado.
- ✓ Explicar o propósito da entrevista e apresentar os pontos a ser abordados.
- ✓ Dar para ler e assinar o termo de consentimento de informado.

PROBLEMÁTICA

1. Na sua opinião, quais as principais questões a resolver no âmbito do problema do VIH/SIDA na população de Homens que tem Sexo com Homens?

2. Em termos de intervenção, o que é que deveria ser feito junto da população HSH em relação ao VIH/SIDA e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis?

IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO EM LISBOA

3. Quais são as suas principais funções/responsabilidades no âmbito do projecto?

4. Considera que as actividades são pertinentes?

5. Os recursos financeiros, humanos e materiais disponibilizados são os suficientes para a execução das actividades?

6. Que factores do contexto actual é que podem vir a influenciar a implementação do projecto?

PONTOS FORTES E PONTOS FRACOS E RECOMENDAÇÕES

7. Que fragilidades descreve do projecto? E potencialidades?

8. Na sua opinião, o que poderia ser feito de outra forma?

9. Que impacto espera que este projecto tenha na comunidade HSH na cidade de Lisboa?

10. No geral, como avalia este projecto? Que recomendações deixa para uma melhor avaliação?

GUIÃO DE ENTREVISTA - Técnico

- ✓ Agradecer a colaboração do entrevistado.
- ✓ Explicar o propósito da entrevista e apresentar os pontos a ser abordados.
- ✓ Dar para ler e assinar o termo de consentimento de informado.

PROBLEMÁTICA

1. Na sua opinião, quais as principais questões a resolver no âmbito do problema do VIH/SIDA na população de Homens que tem Sexo com Homens?
2. Em termos de intervenção, o que é que deveria ser feito junto da população HSH em relação ao VIH/SIDA e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis?

IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO EM LISBOA

3. Quais são as suas principais funções/responsabilidades no âmbito do projecto?
4. Considera que as actividades são pertinentes?
5. Os recursos financeiros, humanos e materiais disponibilizados são os suficientes para a execução das actividades?
6. Que factores do contexto actual é que podem vir a influenciar a implementação do projecto?

PONTOS FORTES E PONTOS FRACOS E RECOMENDAÇÕES

7. Que fragilidades descreve do projecto? E potencialidades?
8. Na sua opinião, o que poderia ser feito de outra forma?
9. Que impacto espera que este projecto tenha na comunidade HSH na cidade de Lisboa?
10. No geral, como avalia este projecto? Que recomendações deixa para uma melhor avaliação?

Anexo 4 – Categorias de análise das entrevistas

	Problemática		Lógica			Implantação		Avaliação Geral/Recomendações
	Questões por resolver	Intervenção	Funções/ Responsabilidades	Recursos (In)suficientes	Potencialidades/ Fragilidades	Influência do contexto	Impacto na comunidade	Recomendações
Administrador								
Técnico 1								
Técnico 2								
Colaborador 1								
Colaborador 2								

Anexo 5 - Modelo Lógico do Projecto Europeu por componentes

